Este exemplar corresponde a versão final da Dissertação de mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas para Obtenção do Título de mestre em Saúde Mental.
Campinas, 20 de Dezembro de 1.993
Profa. Dra. Mara Aparecida Alves Cabral Orientadora

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ANA LÚCIA MACHADO

UM ESTUDO DAS PRÁTICAS RELIGIOSAS DO DOENTE MENTAL INTERNADO : INCIDÊNCIAS, INFLUÊNCIAS E HISTÓRIAS DE VIDA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

ORIENTADORA: PROFa. DRa. MARA APARECIDA ALVES CABRAL

Campinas

Dezembro de 1993

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Machado, Ana Lucia
M18e Um estudo das praticas religiosas do doente mental internado : incidencias, influencias e historias de vida / Ana Lucia Machado. -- Campinas, SP : [s.n.], 1993.

Orientador : Mara Aparecida Alves Cabral.
Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Saude mental. 2. Enfermagem psiquiatrica. 3. Psiquiatria. 4. Religiao. I. Cabral, Mara Aparecida Alves. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo.

20. CDD -362.2 -610.736 8
-616.89 -261.832 2

Indices para Catalogo Sistematico:

1. Saude Mental 362.2
2. Enfermagem psiquiatrica 610.736 8
3. Psiquiatria 616.89
4. Religiao 261.832 2

"Por que não posso andar em trapos, como homens que às vezes vejo na rua com barba até o peito e uma bíblia na mão, esses deuses que fizeram da loucura um meio de entender?"

Clarice Lispector

Ao Edú,

misturando nossos tempos de amor e estudo, na paciência de me acompanhar a crescer.

"... quem pode querer ser feliz se não for por amor?" João Bosco

Aos meus pais, irmãs, cunhados e num carinho de tia, ao Leandro, Gustavo, Juliana e Guilherme, pela sutileza de cada um.

À Profa. Mara Cabral, pela orientação, convivência, segurança e estímulos, acreditando ser possível este trabalho.

Aos amigos de Juiz de Fora e Campinas: Wênces, Waldette, Gaio, Luiza, Vânia, Betânia, Adriana, Beth... afinidades e trocas.

Aos colegas da pós-graduação em Saúde Mental, contatos.

À equipe de Enfermagem - noturno - da Enfermaria de Psiquiatria Unicamp - Fátima, João, Lourdes, Maria Giomo, Zuchi, Onofra, Maria do Carmo, muito além de colegas de trabalho, carinho, companhia e incentivo.

Aos doentes mentais que participaram desta pesquisa.

À equipe da Enfermaria de Psiquiatria Unicamp - enfermagem, médicos, residentes - possibilidades abertas e confiança.

À equipe de enfermagem e médica da Psiquiatria da PUCCamp, em especial aos médicos Dra. Anne, Dr. Sílvio Saidemberg e Dr. Luís Fernando e à enfermeira Sandra Aparecida de Almeida.

Às equipes de enfermagem e médicas e aos pacientes das Enfermarias de Cardiologia da Unicamp e PUCCamp.

À Profa. Aparecida da Silva, ajuda inicial, amizade marcante.

À Profa. Débora Kirschbaum, beleza em acreditar na enfermagem psiquiátrica, estímulos preciosos.

À Profa. Denise Munari, amiga confiante no meu despertar.

Às amigas estatísticas Ana e Sílvia, enorme colaboração.

À Renata Poltronieri, amparo no inglês.

Aos funcionários das Bibliotecas da Unicamp, em especial à Bel e aos "meninos" do xerox do HC, ajuda imprescindível.

À secretária Sandra Moreno, mostrando o rumo burocrático e sendo amiga.

ÍNDICE

PÁGINAS

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

- CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES 1

1. DOENÇA MENTAL

1.1. Conceito 4

1.2. Classificação 8

1.2.1. Estudos populacionais 11

1.3. Descrição de um tipo de assistência - Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral 14

1.3.1. Aspectos gerais da Enfermaria de Psiquiatria da UNICAMP 17

1.3.2. Aspectos gerais da Enfermaria de Psiquiatria da PUCCAMP 22

2. ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E A OBSERVAÇÃO DO DOENTE MENTAL

2.1. Como se constituiu histórica e teoricamente o observar em Enfermagem 27

2.2. O que se observa no doente mental 34

3. DOENÇA MENTAL E SUAS RELAÇÕES COM A RELIGIÃO

3.1. Achados na história da Psiquiatria de fatores religiosos da doença mental 37

3.2. Psicopatologia relacionada com a Religião ... 42

3.2.1. Delírios 44

3.2.2. Alucinações 50

3.3. Psicanálise e Religião - Freud e Jung 53

4. RELIGIÃO E SUAS RELAÇÕES COM A DOENÇA MENTAL

4.1. Definição de prática religiosa 62

4.2. Achados nos estudos da religião de fatores ligados à doença mental 63

CAPÍTULO II - OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL 70

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 71

CAPÍTULO III - HIPÓTESES

- HIPÓTESES 72

CAPÍTULO IV - SUJEITOS E MÉTODOS

1. SUJEITOS 73

2. MÉTODOS 76

CAPÍTULO V - RESULTADOS E DISCUSSÕES

1. TABELAS E GRÁFICOS - ANÁLISES E DISCUSSÕES 81

2. RESUMO DAS HISTÓRIAS DE VIDA ACRESCIDAS DAS OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM 184

3. ASPECTOS MAIS RELEVANTES DAS HISTÓRIAS DE VIDA ... 259

CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES

- CONCLUSÕES 266

CAPÍTULO VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 268

ANEXO

- MODELO DA ENTREVISTA

ÍNDICE DAS TABELAS E GRÁFICOS

PÁGINAS

TAB. 1 - Sexo do Grupo de Estudo e Grupo Controle 82

TAB. 2 - Idade x Sexo do Grupo de Estudo 86

TAB. 3 - Idade x Sexo do Grupo Controle 87

TAB. 4 - Cor x Sexo do Grupo de Estudo 91

TAB. 5 - Cor x Sexo do Grupo Controle 92

TAB. 6 - Naturalidade x Sexo do Grupo de Estudo 94

TAB. 7 - Naturalidade x Sexo do Grupo Controle 95

TAB. 8 - Procedência x Sexo do Grupo de Estudo 98

TAB. 9 - Procedência x Sexo do Grupo Controle 99

TAB. 10 - Atividade Ocupacional x Sexo do Grupo de Estudo 101

TAB. 11 - Atividade Ocupacional x Sexo do Grupo Controle 102

TAB. 12 - Renda familiar x Sexo do Grupo de Estudo 106

TAB. 13 - Renda familiar x Sexo do Grupo Controle 107

TAB. 14 - Escolaridade x Sexo do Grupo de Estudo 113

TAB. 15 - Escolaridade x Sexo do Grupo Controle 114

TAB. 16 - Estado civil x Sexo do Grupo de Estudo 117

TAB. 17 - Estado civil x Sexo do Grupo Controle 118

TAB. 18 - Número de internações anteriores x Sexo do Grupo de Estudo 121

TAB. 19 - Duração da internação na UNICAMP x Sexo do Grupo de Estudo 125

TAB. 20 - Duração da internação na PUCCAMP x Sexo do Grupo de Estudo 127

TAB. 21 - Motivos que desencadearam a crise atual x Sexo do Grupo de Estudo 131

TAB. 22 - Diagnóstico x Sexo do Grupo de Estudo 134

TAB. 23 - Religião que freqüenta x Sexo do Grupo de Estudo 137

TAB. 24 - Religião que freqüenta x Sexo do Grupo Controle 139

TAB. 25 - Participação em práticas religiosas coletivas x Sexo do Grupo de Estudo 142

TAB. 26 - Participação em práticas religiosas coletivas x Sexo do Grupo Controle 143

TAB. 27 - Leitura da Bíblia x Sexo do Grupo de Estudo .. 145

TAB. 28 - Leitura da Bíblia x Sexo do Grupo Controle ... 146

TAB. 29 - Faz doações à Igreja x Sexo do Grupo de Estudo 147

TAB. 30 - Faz doações à Igreja x Sexo do Grupo Controle. 148

TAB. 31 - Recebe doações da Igreja x Sexo do Grupo de Estudo 149

TAB. 32 - Recebe doações da Igreja x Sexo do Grupo Controle 150

TAB. 33 - Faz pregações x Sexo do Grupo de Estudo 151

TAB. 34 - Faz pregações x Sexo do Grupo Controle 152

TAB. 35 - Assiste a programas religiosos no rádio e TV x Sexo do Grupo de Estudo 153

TAB. 36 - Assiste a programas religiosos no rádio e TV x Sexo do Grupo Controle 154

TAB. 37 - Participação em práticas religiosas individuais x Sexo do Grupo de Estudo 157

TAB. 38 - Participação em práticas religiosas individuais x Sexo do Grupo Controle 158

TAB. 39 - Motivos para mudar ou freqüentar outra religião x Sexo do Grupo de Estudo 161

TAB. 40 - Motivos para mudar ou freqüentar outra religião x Sexo do Grupo Controle 162

TAB. 41 - Houve melhora na saúde depois da mudança de religião x Sexo do Grupo de Estudo 165

TAB. 42 - Houve melhora na saúde depois da mudança de religião x Sexo do Grupo Controle 166

TAB. 43 - Percebe ligação da doença com a religião x Sexo do Grupo de Estudo 167

TAB. 44 - Percebe ligação da doença com a religião x Sexo do Grupo Controle 168

TAB. 45 - Participação em práticas religiosas individuais x Houve melhora na saúde depois da mudança de religião do Grupo de Estudo 170

TAB. 46 - Participação em práticas religiosas individuais x Houve melhora na saúde depois da mudança de religião do Grupo Controle 171

TAB. 47 - Percebe ligação da doença com a religião x Houve melhora na saúde depois da mudança de religião do Grupo de Estudo 173

TAB. 48 - Percebe ligação da doença com a religião x Houve melhora na saúde depois da mudança de religião do Grupo Controle 174

GRÁF. 1 - Idade x Sexo do Grupo de Estudo 88

GRÁF. 2 - Idade x Sexo do Grupo Controle 89

GRÁF. 3 - Renda familiar x Sexo do Grupo de Estudo 108

GRÁF. 4 - Renda familiar do Grupo de Estudo 109

GRÁF. 5 - Renda familiar x Sexo do Grupo Controle 110

GRÁF. 6 - Número de internações anteriores x Sexo do Grupo de Estudo 122

GRÁF. 7 - Duração da internação na UNICAMP x Sexo do Grupo de Estudo 126

GRÁF. 8 - Duração da internação na PUCCAMP x Sexo do Grupo de Estudo 128

RESUMO

RESUMO

Esta dissertação baseia-se num estudo observacional e descritivo da influência das práticas religiosas no doente mental. Foram entrevistados 40 pacientes internados nas Enfermarias de Psiquiatria, sendo 20 do Hospital das Clínicas da UNICAMP e 20 do Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro da PUCCAMP. A pesquisa foi realizada verificando-se a incidência dessas práticas, as mudanças de religião em períodos de crises e os relatos das histórias de vida.

Com um grupo controle de pacientes cardíacos, procurou-se verificar a hipótese de que o doente mental busca mais as práticas religiosas numa expectativa de cura para o seu adoecer. A caracterização desta prática como desencadeante ou agravante dos distúrbios mentais, foi abordada dentro das ambigüidades da religião como fator desintegrador e/ou integrador.

Os dados foram colhidos através de entrevistas semi-estruturadas. Na análise estatística utilizou-se porcentagens, tabulações e cruzamentos de variáveis.

A análise do resumo das histórias de vida, permitiu a descrição de aspectos psico-sócio-culturais da população pesquisada, relacionadas com a religiosidade.

ABSTRACT

ABSTRACT

This essay is based on an observational and a descriptive study about the influency of religious practices on pacients with mental problems. 40 pacients who were interned in the psychiatric hospital ward, were interviewed, where 20 of these pacients were from Unicamp Clinical Hospital and 20 were from Dr. Celso Pierro Hospital and Maternity from PUC-Camp. The research was done based on the incidency of these practices on the changing to other religion when in crisis periods and on reports of life stories.

With cardiac patients controlled group was tried to verificate the hypothesis that the mental problem patient searches more for the religious practices with the expectative of recovering his illness. The caracterization of this practice as an agravator or as an initrator of mental disturb was aborded among religious ambiguities as a desintegrator and/or integrator factor.

The data were taken through semistructured interviews. On the statistical analysis, porcentages, tabulations and crossing of variable were used.

The analysis of the life stories summary allowed the description of psicho-social and cultural aspects of the researched population which were related to religiosity.

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

- CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

"Seria tão tolo visar à exatidão nessas questões quanto seria inadequado insistir na certeza." (Freud)

Há sempre um porquê escondido ou sabido para se ter uma idéia, estruturar uma dissertação, pensar e pesquisar sobre este ou aquele tema. Cada ser sabe a resposta, fica com ela ou deixa transparecer como quiser, dentro de sua história.

As reflexões que se seguem surgiram do trabalho profissional de uma enfermeira psiquiátrica. A opção de um observar-cuidar holístico e fenomenológico (12, 30, 44, 123, 142, 146), trouxe questionamentos de características psicopatológicas e culturais da loucura (51, 71, 114) associadas às práticas religiosas do doente mental com suas funções de integração e desintegração (40, 107, 115).

O que levaria um paciente a dizer que estava tomado pelo demônio, possuído por um espírito? Que seu adoecer era devido a macumba, saravá, "trabalhos" que fizeram contra

ele? De onde surgiam os delírios e alucinações místicas, tão intensos e comumente vistos em Psiquiatria? Por quê deixavam de se alimentar, trabalhar, se cuidar, dormir, desenvolvendo uma série de psicopatologias como punição, por um pecado supostamente cometido, como "provação divina", porque Deus ou o diabo haviam-no dotado de poderes extraordinários? Como paciente e família se negavam a admitir uma doença mental evidente, com base em suas crenças e promessas de cura por penitências, suas orações, de pastores e religiosos?

Haveria esse poder de "cura" das doenças pela religião, ou em contrapartida, uma condição de adoecimento pelas crenças? Enfim, que motivos levam o doente mental a manifestar sua patologia através da religiosidade? Tudo isso foi observado em sua fala, comportamentos e necessidades.

Nos capítulos que se seguem, de acordo com a revisão bibliográfica feita, busquei: explorar conceitos e classificação de doença mental; a observação do doente mental pela Enfermagem Psiquiátrica; relações da Psiquiatria com as práticas religiosas e os estudos da religião ligados ao distúrbio mental. Este é um estudo observacional e descritivo enfatizando a prática religiosa no espaço da doença. As relações desta prática com a realidade do doente são buscadas através das mudanças de religião em períodos de crises, da busca de cura nas igrejas, do fato de fazer orações, pregações e receber dons.

Várias análises e pesquisas são feitas sobre a loucura e todos os aspectos do ser-doente merecem atenção. Há que se inter-relacionar conceitos e disciplinas. Esta disser-

tação pretende o estudo de um aspecto da vida do doente mental que muitas vezes é renegado. Acredito em sua importância dentro do conceito holístico do cidadão doente. Vários autores corroboram esta idéia e estimulam a pesquisa das crenças religiosas nestas histórias de vida. (27, 38, 54, 87, 89, 90, 136)

Nos estudos da loucura, deve-se sempre trazer à tona a própria experiência do doente, como ele retrata seu sofrimento, associando com o mundo onde a doença se constitui. (51, 138). Canguilhem se refere a Jaspers para falar que o determinante para a doença são as idéias do paciente e as idéias dominantes do meio social, mais do que o que o médico opina. (29).

"Compreensão da consciência doente, e reconstituição do seu universo patológico, tais são as duas tarefas de uma fenomenologia da doença mental." (51).

1. DOENÇA MENTAL

1.1. Conceito:

"A característica da doença mental, em oposição ao comportamento normal, não é exatamente de poder ser explicada, mas resistir a qualquer compreensão." (Foucault)

A evolução da razão humana, do entendimento da natureza e do ser, desde a época pré-histórica, passando por um desenvolvimento do pensar e compreender o comportamento humano, determinam o que hoje entendemos por loucura, seu tratamento e formas de assistência.

O conceito de doença mental passa rigorosamente pela inserção do ser-doente em seu ambiente sócio-cultural. Diante desta complexidade vivida pelo doente, sua abordagem necessita de diversos valores, objetos e disciplinas. Justifica-se assim, a importância da interdisciplinaridade no entender da doença/saúde mental. (71, 148). O enfermeiro psiquiátrico, profissional vinculado diretamente ao cuidado, necessita estar atento às possibilidades de pesquisa nesta área, aprimorando saber e assistência. (13, 17, 18, 24, 94, 127).

Deixou-se de lado a idéia simplista de que a saúde

mental e a normalidade pudessem ser definidas como opostos de insanidade e anormalidade. Um estado significando a ausência do outro. A Psiquiatria vem se dedicando na definição de saúde mental. O conceito tornou-se mais amplo como o próprio conceito de saúde, englobando condições gerais de vida que passam pela alimentação, trabalho, moradia, lazer, acesso a informações, participação política, etc. (71, 81, 114).

Na epidemiologia psiquiátrica, fala-se em "etiología multifacética". (91). Defende-se um conceito holístico, não desintegrando o indivíduo de seu meio para que seja estudada sua morbidade.(30, 51). Canguilhem pergunta: "O que é um sintoma, sem contexto ou um pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ela complica?" Para ele existe uma "totalidade indivisível" agregada a comportamentos individuais. (29)

Bleuler comenta que em todas as culturas, indivíduos apresentam certas modificações em seus comportamentos, se tornando estranhos, "alienus". Cada sociedade fazia uma interpretação deste estranhamento e lidava com os indivíduos de formas particulares. (22). Lévi-Strauss citado por COSTA, esclarece esta perspectiva antropológica: "diferentes tipos de perturbação ordenam-se em categorias, admitem uma classificação e as formas predominantes não são as mesmas segundo as sociedades e segundo tal ou qual momento da história de uma mesma sociedade." (35).

Na opinião de alguns autores, poderia haver um tipo de poder associado ao saber psiquiátrico. A Psiquiatria clássica "cuida" do doente, pois detém o saber sobre sua doen-

ça, numa perspectiva de poder. Já a anti-Psiquiatria (Szasz, Cooper, Laing), queria dar "ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura". (52).

Numa perspectiva sociológica e política, Costa e Tundis acreditam que a "ideologia psiquiátrica" possibilitaria classificar como doente mental indivíduos que não se adaptassem aos limites da burguesia, às normas impostas pelos poderes hegemônicos. (35)

Um conceito clássico de Henry Ey, ressalta que: "As doenças mentais não são "entidades anatomo-clínicas", mas formas de existência ou de consciência patológica que se distinguem e se definem por sua fisionomia clínica, sua estrutura e sua evolução." (43)

Há uma controvérsia ainda constante entre as questões sociais da loucura e as questões médicas, psicanalíticas e psicológicas. Os limites da insanidade e sanidade são imprecisos. (22, 55)

A Psicanálise não descarta a organicidade, porém, não a considera primeira ou absoluta. Busca um significado para a experiência da loucura, "um sentido que foi perdido para o sujeito". Explica os sintomas psíquicos através dos conflitos mentais. (21)

Foucault, faz menção à "totalidade psicológica" na loucura, afirmando que haveria uma "alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo de seu desenvolvimento." (51).

Falando de personalidade mórbida, Foucault acreditava que mesmo doente, o indivíduo mantinha um fio de organi-

zação, uma certa coerência individual. (51) Kolb fala de transtornos da personalidade, porém, acrescenta como causas de doenças mentais os transtornos anatômicos, e fisiológicos nas estruturas cerebrais, impulsos primitivos, experiências afetivas e necessidades internas, além de stress nas relações interpessoais. (113).

O doente mental para se constituir enquanto ser-doente, necessita de toda uma sintomatologia. Manifestações inadequadas e patológicas do pensamento, humor, juízo, atividade, linguagem, percepção. Em geral descreve-se a patologia em termos de "funções abolidas". Mas, não é só isso. "De fato, a doença apaga, mas sublinha; abole de um lado, mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo." (51).

Uma crítica à tendência de universalizar a doença mental, padronizar modelos médicos, sobrepujando a individualidade é feita por Goffman. Ele insiste que as diferenças de sexo, idade, religião, classe social, raça, etc., não podem ser apenas itens para a Psiquiatria, que se volta com muita freqüência para uma "única interpretação psiquiátrica técnica". (66)

O modelo psiquiátrico de explicar e tratar, pode trazer mais inseguranças e divisões dentro da totalidade do ser-doente. As práticas religiosas que possibilitam "uma articulação mais abrangente ao associar, pela mediação do sobrenatural, a esfera das sensações à esfera das relações pessoais e sociais", seria então buscada pelo doente. (107)

1.2. Classificação:

"são as modalidades de desorganização do ser consciente que constituem o quadro nosográfico das espécies de doenças mentais." (Henry Ey)

A Psiquiatria do século passado tentou ordenar as doenças seguindo o modelo sistemático da Botânica e Zoologia. Haveria classificação para unidades mórbidas com descrições de etiologia, sintomatologia, evolução e prognóstico. (22).

Kraepelin pensava agrupar esses critérios conseguindo um número de enfermidades mentais, como "entidades clínicas delimitadas pelo mesmo critério que serve para delimitar as enfermidades somáticas." Chegou-se assim aos "sistemas nosográficos". (105, 145)

Mayer-Gross considerando a classificação de Kraepelin quase inútil, diz que sua abordagem era "nosológica". Kraepelin observou grupos de doentes por muitos anos, tentando estabelecer características comuns nos sintomas que apresentavam. (137)

Bleuler aborda que um mesmo dano psíquico pode chegar a vários quadros mórbidos e, em contrapartida, apenas um quadro mórbido pode ser proveniente de diversas causas. (22)

Henry Ey propõe uma classificação separando as doenças mentais em agudas (desestruturação do campo da consciência) e crônicas (desorganização do ser consciente, distúrbios da personalidade). Segundo o autor, esta separação não tem ligação com a condição de doenças curáveis e incuráveis. O caráter agudo indica uma condição transitória que tende à remissão. As crônicas indicam uma "evolução contínua ou progressiva que altera de uma forma durável a atividade psíquica." Ainda aborda uma divisão em doenças primitivas ou endógenas e secundárias ou exógenas. (43)

Foucault lembra que no início a Psiquiatria tentou, como a Medicina Orgânica, agrupar as doenças de acordo com os seus sinais e sintomas. De acordo com a definição de doença mental como distúrbio de personalidade, o autor fala das neuroses (psicastenia, histeria, obsessão, neurose de angústia e fobia) e das psicoses (paranóia e esquizofrenia). As primeiras seriam perturbações de apenas um setor da personalidade e as psicoses atingiriam a personalidade global. (51)

Para se classificar as doenças são necessários critérios que podem ser etiológicos, fenomenológicos e patogênicos, primando por uma linguagem concisa, prática, atendendo doutrinas e podendo ser usada em pesquisas e estatísticas. (83, 105)

A Classificação Internacional das Doenças já está em sua 10ª revisão (CID - 10). O Capítulo V da CID - 10 aborda os "Transtornos Mentais, Comportamentais e de Desenvolvimento". Em seus aspectos gerais, abordando a amplitude das doenças, traz inovações que buscam as descrições clínicas e dire-

trizes diagnósticas; a orientação diagnóstica para pesquisas; ser um sistema multi-axial para descrever pacientes e seus transtornos; ser um pequeno glossário.

1.2.1. Estudos Populacionais:

A perspectiva da OMS em 1984, era de que em média 40 milhões de pessoas em todo o mundo tinham transtornos mentais graves, como esquizofrenia e demência; 20 milhões apresentavam epilepsia; 200 milhões eram incapacitados por afecções mentais e neurológicas de menor gravidade como neuroses, retardo mental e neuropatias periféricas e 5 em cada mil pessoas sofriam de transtornos psiquiátricos crônicos. A esquizofrenia atinge populações na faixa etária de 20 a 35 anos. Há a informação de que 20% dos pacientes que procuram atendimento de saúde em países em desenvolvimento e desenvolvidos, sofrem de sintomas psicológicos. (117)

Entre 1% e 5% dos problemas de Saúde Mental atendidos nos serviços de saúde, são transtornos mentais graves (esquizofrenia, depressão psicótica, demências e transtornos neurológicos). Os transtornos mentais menos graves atingem de 20% a 40% dos atendimentos (neuroses, stress agudo e crônico, transtornos de personalidade e transtornos no desenvolvimento de crianças e adolescentes.) (118)

Diante destes números, fica evidente a importância de pesquisas e estudos que aprimorem o atendimento ao doente mental.

A maioria das pesquisas epidemiológicas em Psiquiatria mostra relações de categorias nosográficas com sexo, idade, raça, etc. A população atendida pelos hospitais psiquiátricos sofre de "mecanismos sociais de seleção", o que é

compatível na análise das tabelas desta dissertação. O aumento das porcentagens de distúrbios mentais em classes sociais mais baixas é confirmado em estudos de Dohrenwend em 1974 e, anteriormente, por Faris e Dunhan (1922 - 1934) e Rennie (1954). Pesquisas também confirmam a maior incidência de doenças mentais em pessoas sem laços sociais significativos, sem papéis sociais úteis e que apresentam perdas traumáticas significativas. (82)

Numa pesquisa que atingiu toda a população internada em hospitais psiquiátricos de Salvador - BA, em 1981, Souza encontrou: 55,5% de pacientes masculinos, sendo que as mulheres predominavam em serviços asilares e enfermaria universitária. (7, 128)

Os achados da referida pesquisa em enfermaria universitária referentes a diagnósticos, demonstram uma prevalência de esquizofrênicos (34,13%), seguida de psicose maníaco depressiva (25,40%). O menor índice recaiu sobre a epilepsia (0,79%). (7, 128)

Em outro estudo feito na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, nas 300 primeiras internações da unidade, observou-se um predomínio de mulheres (55,3%). Na classificação diagnóstica, encontramos as psicoses funcionais em 58,7% , seguida das neuroses, distúrbios de personalidade e tentativas de suicídio em 17,3%. (38).

Distúrbios neuróticos (ansiedades e fobias) são descritos como os principais problemas de Saúde Mental da população urbana brasileira, com prevalências globais de 8 a 18%. Analisando o perfil nosográfico, verifica-se 14% de de-

pressões não-psicóticas, atingindo mais o sexo feminino. Com 9% o alcoolismo atinge mais o sexo masculino. (8).

Pelas estatísticas epidemiológicas, o total de internações psiquiátricas da rede pública e conveniada do Estado de São Paulo, apresentaram os seguintes números: em 1988 - 94.868 internações; 1989 - 102.344; 1990 - 106.803; 1991 - 123.482; 1992 (até novembro) - 128.005. Visualiza-se um aumento, o que pode ser devido a melhores condições na coleta de dados epidemiológicos. (72, 74).

No quadro geral das 40 principais causas de internações hospitalares no Brasil, as internações psiquiátricas atingem o 5º lugar em 1988; o 4º lugar em 1989 e o 3º lugar em 1990 e 1991. (73)

1.3. Descrição de um tipo de assistência - Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral

No início foi a "Grande Internação", bem descrita por Foucault, acreditada como a primeira tentativa de tratamento de loucos. Na realidade não eram somente os loucos e não era "tratamento" e sim exclusão e depósito. (50)

A "lei antimanicomial" de 1989, tramita no Senado Federal. Esta legislação "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória". Suscita questionamentos e polêmicas por parte de psiquiatras e trabalhadores de Saúde Mental de diversas linhas. Em seu artigo 2º, a lei estabelece assistências extra-hospitalares, "como unidade psiquiátrica em hospital geral", entre outros atendimentos mais humanos, integrando o doente à sociedade. (80, 131).

A "ideologia do hospitalocentrismo" impera ainda no país, com uma vergonhosa má qualidade de assistência ao doente mental. De acordo com dados recentes, existem 313 hospitais psiquiátricos, sendo 259 privados e filantrópicos e 54 públicos. Há uma queda de 25% no número de hospitais psiquiátricos a partir dos anos 80. "A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde estabelece como limite máximo aceitável a existência de 0,5 leitos psiquiátricos por mil habitantes, incluindo neste cômputo os leitos em hospital-geral." Dados de

1991, mostram que quase 2 mil leitos psiquiátricos estão em hospitais gerais, de um total de 85 mil leitos psiquiátricos disponíveis. (9)

"O enfoque da Saúde Mental, preceitua a internação do doente em hospital psiquiátrico como medida a ser adotada, após esgotarem-se as demais instâncias terapêuticas disponíveis." Este é o início de um artigo que transmite as incoerências de inúmeras internações psiquiátricas. Expressa os desajustes que costumam se agravar com a internação institucional-asilar. Afirma a eficácia das enfermarias de Psiquiatria em hospital geral, hospital-dia e tratamento ambulatorial numa proposta de promoção de Saúde Mental. (147)

A entrada do psiquiatra no hospital geral se inicia com o advento da psicossomática. Toda a equipe que lida com o doente mental, precisa se reciclar para questões pertinentes à "cura", reinternações, procedimentos, tipos de tratamentos e relacionamentos terapêuticos que diferem de outras especialidades. Reestruturações são necessárias na formação acadêmica destes profissionais. (37, 49)

Em 1902, nos E.U.A., cria-se uma Unidade de Internação Psiquiátrica num hospital geral com as justificativas de ser a doença mental uma doença médica, acreditando-se no tratamento precoce, investindo na formação da equipe de saúde para lidar com o doente mental e o que hoje se chama interconsulta psiquiátrica. (37)

No Brasil, em 1954, na Bahia, surge a primeira Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG). Em São Paulo, implanta-se no mesmo ano, com expansão progres-

siva para todo o país. (25)

Campinas conta com três - duas públicas (PUCCAMP e UNICAMP) e uma em hospital privado. Será descrita, a seguir, a estrutura das enfermarias de Psiquiatria nos hospitais públicos, onde realizou-se esta pesquisa.

"As UIPHG representam uma proposta assistencial que se articula ao movimento mais amplo da reforma psiquiátrica. Esse movimento vem propondo alternativas às internações prolongadas nos hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando evitar o hospitalismo, a cronificação, a perda de identidade, de vínculos sociais e da cidadania." (25)

1.3.1. Aspectos gerais da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

A Santa Casa de Campinas sediou o Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, durante vários anos. Em 1978, começaram a funcionar quatro leitos de Psiquiatria numa Enfermaria Geral da Santa Casa, por iniciativa do docente Maurício Knobel que era o chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina. (37)

O Hospital das Clínicas, localizado na Cidade Universitária, teve sua implantação no prédio atual entre 1983 e 1986. É uma construção moderna, constando de seis andares.

A Enfermaria de Psiquiatria, chamada Unidade de Internação Psiquiátrica, foi implantada em dezembro de 1986, sob a coordenação do docente Dorgival Caetano, contando com 18 leitos. Localiza-se no 4º andar, onde também funcionam as Enfermarias de Pediatria, de Emergência e alguns laboratórios. Atualmente, também está em implantação neste local, a Unidade de Transplante de Medula.

O modelo adotado é a comunidade terapêutica, com a proposta de assistência a pacientes de qualquer gravidade, voluntários ou não, agudos ou crônicos em reagudização. O atendimento é direcionado a adultos, porém é constante a presença de adolescentes. Há tendência em se evitar o atendimento a alcoolistas e drogaditos. Os doentes internados, passam pelo

Pronto Socorro do Hospital, onde há um plantão de Emergências Psiquiátricas, sob a responsabilidade de um residente e um docente do curso médico que permanecem 24 horas no atendimento ao Pronto Socorro e Enfermaria.

Os pacientes internados são provenientes de Campinas, de cidades vizinhas, de outras instituições, ambulatórios e de outras enfermarias do próprio HC. As técnicas terapêuticas usadas são: farmacoterapia, eletroconvulsoterapia (ECT), terapia ocupacional, grupos operativos, psicoterapia de apoio e em alguns casos, psicoterapia de orientação analítica. O ECT, quando indicado, é feito no Centro Cirúrgico sob efeito de sedação. Não se estipula tempo mínimo ou máximo para a internação, com média de 19,4 e 18,7 dias. (38).

Hoje, conta-se com 14 leitos, usados de acordo com a necessidade, por pacientes masculinos e femininos. Há um quarto com 4 leitos e 2 banheiros e, 5 com 2 leitos, tendo um banheiro em cada. O posto de enfermagem é aberto. A enfermaria conta com uma sala, onde fica a televisão, que funciona como local para refeições, recreação e atividades em grupo. Residentes e docentes da medicina, repousam num quarto da enfermaria, onde também se realizam as reuniões. A equipe de Enfermagem possui atualmente o seguinte quadro: 8 enfermeiros, sendo um docente assistencial; 8 auxiliares de enfermagem e 5 atendentes. Distribuídos em plantões fixos: manhã (7h - 14h), tarde (13h - 20h) e noite (19h - 7h). Em média, por plantão trabalham: manhã - 2 enfermeiros, 1 auxiliar e 1 atendente; tarde - 2 enfermeiros, 2 auxiliares e 1 atendente; noite - 1 enfermeiro, 1 auxiliar e 1 atendente. São necessárias horas-

extras de funcionários da Enfermagem, principalmente no turno da noite, para suprir a carência de pessoal.

Durante a implantação da unidade, a equipe de Enfermagem teve um treinamento específico, ministrado por docentes de Psiquiatria e de Enfermagem Psiquiátrica da UNICAMP. Estendeu-se durante quase um ano com reuniões clínicas, administrativas e aulas de Psicopatologia com participação e freqüência espontânea significativa. Hoje, a realidade é outra. Alguns docentes da medicina estão no exterior se aprimorando e a equipe de Enfermagem já sofreu perdas. Os profissionais de Enfermagem que ingressam na equipe, não têm mais treinamento específico. Há dois enfermeiros com especialização em Enfermagem Psiquiátrica e que no momento cursam Mestrado na área. O docente assistencial é Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, cursando doutoramento. Alguns enfermeiros, auxiliares e atendentes têm experiência em macro-hospitais psiquiátricos.

A equipe de Enfermagem está ligada hierárquica e administrativamente ao Núcleo de Assistência Médico-Cirúrgica, que engloba várias especialidades. É a única no HC a não trabalhar de uniforme branco padronizado. A dinâmica de atividades, relacionamento entre equipes e pacientes, rotinas, técnicas e cuidados específicos de Enfermagem é bem distinta da encontrada nas outras enfermarias.

Os meios de contenção física são empregados quando não há remissão de comportamentos específicos por outros procedimentos. Utilizam-se faixas tipo "judô" e algodão ortopédico para proteção. São indicados em casos de agitação e/ou auto e hetero-agressão, risco de fuga e suicídio.

As fugas de pacientes da enfermaria não são comuns, porém quando ocorrem são comunicadas aos seguranças do hospital, aos médicos de plantão, ao supervisor da enfermagem e registrado em um Boletim de Ocorrência na Polícia.

As visitas ocorrem às terças, quintas, sábados e domingos, das 15 às 16 horas. Reuniões com a assistente social são realizadas às terças e quintas, aproveitando a presença de familiares dos pacientes. O residente do curso de medicina, conversa com a família às quintas-feiras.

O HC possui uma capela localizada no 3º andar, onde são celebradas missas semanais. Os pacientes participam quando demonstram interesse. Não é comum a visita de pastores e religiosos aos doentes, ocorrendo após a avaliação da equipe de acordo com as condições do paciente.

A equipe multiprofissional conta com: uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social (que atende outras enfermarias), seis residentes do primeiro ano, um docente médico coordenador, dois docentes preceptores dos residentes e psiquiatras plantonistas. Estes últimos cobrem o plantão de 24 horas, juntamente com um residente.

Várias dificuldades foram e são sentidas na implantação e no trabalho da equipe multiprofissional. O que chama mais a atenção é a variedade de concepções e formas de trabalhos específicos de cada área. Compartilhar posturas, opiniões e o poder decisório, ceder em função do grupo e do tratamento do paciente, são aspectos delicados num trabalho que se pretende em equipe. (37, 49)

Uma vez por mês ocorre reunião administrativa e

diariamente, discussões clínicas com revisão dos casos. Os estágios oferecidos na enfermaria são apenas para os cursos de Enfermagem e Medicina da UNICAMP, a nível curricular. Terapeutas ocupacionais também estagiam, porém exige-se graduação concluída.

A interconsulta de Enfermagem, voltada para o atendimento de pacientes com distúrbios psiquiátricos e psicológicos de outras unidades, esteve presente nas atividades do enfermeiro. Visavam um atendimento ao paciente e uma orientação à equipe de Enfermagem. Por inúmeros motivos e desestímulos, isto não mais ocorre; há planos para a reativação. A interconsulta de Psiquiatria, funciona de maneira bem estruturada, feita por residentes do segundo ano e docentes do curso médico.

Em cada plantão da equipe de Enfermagem se realizam atividades rotineiras necessárias e individuais de medicação, controle de sinais vitais, cuidados higiênicos, nutricionais e aplicam-se técnicas e procedimentos. São realizadas atividades como: passeios, dentro ou fora do hospital, recreações com jogos, leitura de revistas, trabalhos em argila, colagem, etc. Os pacientes têm acesso ainda à televisão, violão e músicas.

O propósito é a assistência integral, o cuidado direto, a observação sistematizada. Com a formação acadêmica recebida, a maioria dos enfermeiros se preocupa em observar as necessidades básicas afetadas (70). Estabelece-se assim, um relacionamento o mais terapêutico possível com o paciente. (16, 39, 75, 143)

1.3.2. Aspectos gerais da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro da PUCCAMP

O Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro da PUC-CAMP, foi fundado em 1978, e ocupa uma construção térrea com enfermarias divididas em blocos. A organização do atendimento de Psiquiatria só surgiu a partir de 1987, com a implantação de uma unidade específica, pelo Dr. Sully Urbach. A enfermaria está localizada no bloco 7.

Não há restrições quanto ao diagnóstico e a proposta é permitir uma pré-triagem de pacientes em crise, evitando internações desnecessárias em macro-hospitais. Isto se dá no Pronto Socorro, onde os doentes são avaliados e encaminhados, de acordo com o caso, para o ambulatório e enfermaria ou para outros hospitais da cidade e região.

A internação tem característica assistencial, o que justifica o grande número de pacientes alcoolistas, segundo o coordenador da Enfermaria. O tratamento consiste basicamente em medicamentos, terapia de crise e terapia ocupacional. Não se realiza eletroconvulsoterapia, porém este recurso já foi usado anteriormente.

Hoje, a Enfermaria conta com 32 leitos, sendo 20 masculinos e 12 femininos. Quando de sua implantação, havia 40 leitos, a redução se deve a questões institucionais. A proposta da permanência do paciente internado é de 72 horas, em

alguns casos, se estendo. Em dados estatísticos, da própria enfermaria, de março de 1992, a média de horas/internação foi de 67,5% de pacientes com internação acima de 72 horas e 32,5% até 72 horas.

Até 1992, o Pronto Socorro psiquiátrico funcionava espacialmente ligado à Enfermaria, ficando no final do corredor interno, separado da mesma apenas por uma porta. Ele foi desvinculado neste mesmo ano, passando a integrar o Pronto Socorro do hospital.

A equipe de Enfermagem, possui atualmente o seguinte quadro: 1 enfermeiro, 8 auxiliares de enfermagem, 15 atendentes. Distribuídos em plantões fixos pela manhã (7h-13h), tarde (13h-19h) e noturno (19h-7h), contando em média por plantão com: manhã - 1 enfermeiro, 2 auxiliares e 4 atendentes; tarde - 2 auxiliares e 2 atendentes; noturno - 2 auxiliares e 4 atendentes. São necessárias horas-extras de funcionários da Enfermagem, principalmente no horário da tarde, para suprir a carência de pessoal.

Esta equipe não teve treinamento específico e, aproximadamente, 70% trabalhavam em macro-hospitais psiquiátricos. Anotações de Enfermagem são simplificadas e a evolução dos pacientes quase inexistente. As justificativas estão na dinâmica da enfermaria, com grande rotatividade de pacientes, além de contar com apenas uma enfermeira e a falta de treinamento dos funcionários. Este fato prejudicou a complementação de nossa pesquisa, no tocante às observações de Enfermagem do paciente neste hospital.

Dentro da história da Enfermaria, a presença do

enfermeiro não foi constante, existindo apenas um no plantão da manhã. As dificuldades relatadas pela enfermeira, são o atual quadro incompleto de funcionários e a falta de treinamento específico em Psiquiatria, gerando algumas inadequações no relacionamento com pacientes e equipe como um todo. Está em estudo, uma reunião com a equipe de Enfermagem, coordenada pela Enfermeira, visando detectar e solucionar problemas específicos da área, ampliando o auto-conhecimento, a segurança no cuidado ao paciente e o inter-relacionamento da equipe de Enfermagem e com a equipe multiprofissional.

Os meios de contenção física utilizados são faixas tipo "judô" e faixas acolchoadas para região peitoral. A contenção é feita quando há risco de agitação e/ou auto e heteroagressão, risco de fuga, pacientes com delirium tremens e risco de suicídio.

As fugas de pacientes da Enfermaria são raras. Todas as janelas têm grades e a única porta de acesso à Enfermaria fica fechada permanentemente. Em caso de fuga, raramente o paciente sai do espaço físico do hospital e o fato é comunicado ao Serviço Social e ao chefe de segurança do hospital. Não é rotina fazer o Boletim de Ocorrência policial nestes casos. Os dias e horários de visitas são: terças, quintas, sextas e domingos, das 15h às 16h.

O uniforme usado em todo o hospital pelas supervisoras de Enfermagem e enfermeiras é azul e branco. Auxiliares e atendentes, usam uniforme branco, inclusive na Enfermaria de Psiquiatria.

Para a assistência espiritual, o hospital conta

com um padre, duas freiras e celebração de missas. Os pacientes não assistem às celebraçôes. As freiras, às vezes, vão à Enfermaria. É permitida a visita de pastores e outros membros de igrejas.

A equipe total conta com uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, além dos residentes, docentes do curso de medicina, médicos contratados e equipe de Enfermagem. Existem projetos visando a integração desta equipe. Novamente aqui, são relatadas as mesmas dificuldades encontradas na Unicamp no trabalho interdisciplinar.

Está sendo estruturada uma reunião com as famílias de pacientes internados e de ex-pacientes, tendo participação de todos os profissionais, com o objetivo de promover orientações gerais, além da alta, informações sobre a doença e condutas. Um programa de recepção de novos pacientes, está sendo articulado, onde um membro da equipe faria a entrevista inicial com a família.

Os estágios oferecidos ocorrem para áreas de Psicologia, Enfermagem e internos de Medicina, todos alunos da PUCCAMP.

A interconsulta de Enfermagem existe não formalizada, com um número maior de casos atendidos na pediatria. Visa ajudar na conduta com o paciente, contando com o apoio da divisão do serviço de Enfermagem. Há interconsulta médica de Psiquiatria e de outras clínicas para a Psiquiatria, favorecendo a assistência integral.

Algumas pesquisas estão em desenvolvimento realizadas pelos médicos e residentes ou pela enfermeira, de forma

isolada. A enfermeira pesquisa a interconsulta de Enfermagem Psiquiátrica no hospital geral e elabora um estudo sobre grupo de treinamento com a equipe. As pesquisas realizadas pelos médicos e residentes dizem respeito a um estudo epidemiológico sobre os perfis do alcoolista e da mulher internados.

A residência psiquiátrica da PUCCAMP foi criada em 1990. Um plantonista e um residente cumprem plantão de 24h/dia no hospital, dando atendimento de urgência e intercorrências na Enfermaria.

2. ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E A OBSERVAÇÃO DO DOENTE MENTAL

"quantas vezes que pensamos ter chegado... quantas vezes é preciso ir mais além." (Fernando Pessoa)

2.1. Como se constitui histórica e teoricamente o observar em Enfermagem

Angerami e Correia descrevem a Enfermagem se reportando aos seus "pluralismos". Enquanto definição, pode ser arte, ciência, ciência aplicada, técnica, ideal, prática assistencial ou social. Na escolha de seus objetos, pode estar o homem, a família, a comunidade. Em suas perspectivas filosóficas, usa-se o empirismo lógico, a fenomenologia, o existencialismo, a dialética, o holismo, entre outras. Como modelos, baseia-se no comportamental, auto-cuidado, processo vital, na adaptação. No uso de processos de Enfermagem, opta pelo diagnóstico de necessidades, prescrição de cuidados, relacionamento terapêutico, identificação de problemas, etc. (14)

Diante desta gama de possibilidades, é salutar determinar os objetivos e meios para o saber, a pesquisa e a assistência.

Nesta dissertação, parto do objeto - doente mental, através do relacionamento terapêutico, com a ênfase na

observação - atitude prática que me levou a questionar a religiosidade deste doente. Escolho a abordagem holística. Defino a Enfermagem como prática assistencial, acreditando em pesquisas que busquem um melhor entendimento do ser-doente em suas condições de adoecimento.

Farei um relato do desenvolvimento do cuidado na profissão. Na Antiguidade, a atenção aos doentes era no lar, pelas mães e familiares, sacerdotes e feiticeiros. Após o Império Romano, passa para a mão de leigos. Depois, os religiosos assumem esta responsabilidade. No século XIX, Florence Nightingale institui a "Enfermagem arte". Passa-se à Enfermagem integrada - paciente como o centro do cuidado. Hoje, pensa-se que a profissão está acompanhando o progresso científico na busca de conhecimentos próprios. (14, 39)

Numa outra visão, Almeida interpreta o cuidado de tempos remotos, como sendo independente do médico, com função caritativa. A assistência de Enfermagem propriamente dita, passa a ser construída e exercida na subordinação do saber, da prática e da concepção do médico. Ao se tornar profissão, a Enfermagem se vincula ao modelo médico, à Medicina do capital. A conseqüência foi a divisão do trabalho: intelectual-supervisão-cuidado indireto (enfermeiro) e manual-prática-cuidado direto (técnico, auxiliar e atendente). (4, 101, 108, 134).

Holismo indica que o ser humano convive com sistemas integrados, interdependentes em seu próprio corpo e em seu ambiente social e físico, podendo ser afetado por eles, mas também podendo modificá-los. A religião faz parte desses sistemas. Desequilíbrio, falta de integração e desarmonia, geram

a doença. "Isso é particularmente verdadeiro para a doença mental, que resulta amiúde da falta de avaliação e integração da experiência sensorial." (30). As práticas religiosas poderiam contribuir no adoecer, quando atuasse como função desintegradora.

A Enfermagem Psiquiátrica vê o paciente holisticamente, com "numerosas necessidades inter-relacionadas e interdependentes." (142). Capra acredita que o enfermeiro está "na vanguarda do movimento holístico de saúde." (30)

De acordo com a assistência de base fenomenológica, "é necessário recuperar a percepção do homem como um SER que tem sua história, tem seu mundo, e é circunstancialmente um SER-DOENTE, que por uma factividade, vivencia um determinado momento de sua existência, onde sua completitude está afetada. Mas apesar da factividade de estar sendo-no-mundo com limitações, a sua humanidade está presente e precisa ser conhecida." (44)

A prática da Enfermagem Psiquiátrica acompanhou as transformações da Saúde Mental e os avanços na tentativa de tratamento do doente. Antes o tom era vigiar, administrar, gritar, punir, amarrar de forma mecânica, não-terapêutica e quase não-humana. Hoje, inúmeras discussões da assistência no cuidado direto e indireto, o aumento dos cursos de especialização e pós-graduação, a desmistificação do doente, as tentativas de trabalho interdisciplinar acompanhando o conhecimento de outras especialidades, podem estar construindo um novo saber, um novo compromisso com a profissão e principalmente com o doente.

Numa abordagem da Enfermagem geral e em consonância com o que se pretende neste trabalho, Graciette propõe: "para que a Enfermagem profissional se consolide do ponto de vista científico, é necessário que, a par da familiaridade com os aspectos a ela pertinentes das ciências biológicas, físico-químicas e humanas, aprofunde os estudos metodológicos e eleja temas relevantes à área para serem pesquisados, contribuindo, quiçá, para o desenvolvimento de outras ciências e, fundamentalmente, para o avanço do conhecimento relativo à assistência de Enfermagem." (134)

A assistência conhecida e executada na prática, pode se estruturar pela via do relacionamento terapêutico, cuja a etapa inicial é a observação de Enfermagem. (16, 39, 53, 141)

O relacionamento terapêutico descrito por Travelbee, tem quatro fases: pré-interação; de orientação; de identidade e de término. (143) Através deste relacionamento e de acordo com a formação acadêmica recebida, o enfermeiro observa o doente e exerce sua prática.

As observações "compreendem todas as informações pertinentes ao paciente, e que o enfermeiro obtém em serviço." Observações indiretas podem ser conseguidas com o médico, família, no prontuário do paciente, anotações da equipe de Enfermagem e de outros profissionais. As diretas são captadas no contato pessoal do enfermeiro com o paciente. (119)

A observação visa a assistência que tem por finalidade o cuidado ao doente. Este vem da estrutura de conhecimento do enfermeiro, do saber, associado à técnica e às rela-

ções sociais. Todo este complexo de atividades interligadas, propiciam ao indivíduo o atendimento de suas necessidades humanas afetadas enquanto ser-doente. (4, 47)

"Observação é o ato, hábito ou poder de ver, notar e perceber; é a faculdade de observar; é prestar atenção para aprender alguma coisa; é examinar, contemplar e notar algo através da atenção dirigida." (39) Por estas atividades, cria-se a base do trabalho científico. Observa-se através da atenção e na percepção de problemas, procuram-se as soluções cabíveis. Considera-se a Enfermagem "arte de observação". (39, 121)

A observação não deve ser uma atividade aleatória. Precisa ter base científica, ser sistematizada, dirigida para o doente com determinado fim. Inclui funções mentais de atenção, concentração, habilidade, avaliação. Como parte de um processo de assistência, requer registro dos fatos e circunstâncias observadas.

É o primeiro passo na prestação da assistência, permitindo conhecer individualmente o doente. Processo ativo que conta com vários aspectos do ser-enfermeiro, incluindo sua intuição. Sabendo ver, ouvir, perceber e interpretar o que foi observado a nível verbal e não verbal, o enfermeiro consegue maximizar a qualidade de sua assistência. (28, 135, 142)

É fundamental ressaltar a diferença entre observar e vigiar. A observação tem a finalidade de conhecimento para planejar a assistência. Vigiar seria apenas o ato de reunir informações.

Algumas vezes parece mais fácil observar altera-

ções físicas. O perceber diante das alterações psicológicas, do comportamento, requer um domínio técnico e prático mais acurado. Pode-se seguir "pistas", que seriam significados ou elaborar um roteiro, uma escala. (16, 97, 140, 149)

Na assistência, as etapas seguintes à observação incluem-se no "Processo de Enfermagem". Este processo, elaborado por Wanda Horta, questionado, modificado, colocado em prática ou não, é hoje o embasamento que temos, segundo a autora, no aparelho formador como perspectiva de aprendizagem e ação. (70)

Este instrumento de estudo e assistência foi estabelecido para as escolas de Enfermagem da América Latina pela OPAS em 1973. A observação direta, indireta, formal ou informal encabeça este processo. Inclui ações sistematizadas através de etapas: histórico de Enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem, evolução e prognóstico.(4)

O Processo de Enfermagem pensado por Wanda Horta, é constituído através da "Teoria das Necessidades Humanas Básicas". A autora, acreditando ser a Enfermagem uma ciência, determinou esta teoria como subsídio científico. (34, 70)

As necessidades humanas básicas resumidamente seriam: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima, de auto-realização. (134)

Porém, outras autoras questionam as teorias de Enfermagem que se constituem de forma acrítica socialmente e até de forma idealizada e irreal diante da profissão e dos campos de trabalho. Admitem ser estas teorias um projeto de cientifi-

cismo e autonomia profissional. Neste pensamento constatam não ser a Enfermagem uma ciência, pois não há conjunto de conhecimentos específicos. O objeto de trabalho da Enfermagem é o cuidado, que se volta impreterivelmente para ações subjetivas, distantes da objetividade da ciência. A teoria das necessidades humanas básicas, não é saber original, se baseia na teoria da motivação humana e necessidades básicas de Maslow e do pensamento de Mohana. (4, 134)

Esta dissertação se engaja numa visão crítica de saberes que permitam aprimorar a assistência de Enfermagem ao doente mental. Integrando disciplinas sabidamente psicológicas com a Sociologia e Antropologia, penso minorar a perspectiva restrita do cuidado emergencial-rotinizado, ampliando o observar sem a pretensão de criar ciências ou teorias.

A observação de Enfermagem, "(...) proporciona elementos para o ensino e para o desenvolvimento de pesquisas e possibilita também a melhoria da participação do profissional no seu campo de atuação." (28)

2.2. O que se observa no doente mental:

De acordo com os fundamentos da Enfermagem geral, a psiquiátrica observa particularidades das necessidades básicas afetadas. Seriam: necessidades psico-biológicas, psico-sociais e psico-espirituais. (39)

As necessidades psico-biológicas estão ligadas com fatores de sobrevivência, fisiológicos, do equilíbrio, das integridades corporais e das percepções e acuidade dos sentidos.

Psico-sociais seriam: equilíbrio no ajustamento social, da afetividade, da expressão do raciocínio, do equilíbrio perceptivo e psicossomático.

Dentro das necessidades psico-espirituais, encontramos o equilíbrio religioso, da crença e filosofia de vida.

Dentro da especialidade psiquiátrica, o enfermeiro também observa todas as alterações ligadas à psicopatologia, transtornos da: consciência, orientação, atenção e memória, pensamento, senso-percepção, vivência do eu, afeto, psicomotricidade, linguagem, comportamento social.

Arantes elaborou um roteiro de observação para pacientes psiquiátricos:

1. aparência: condições físicas, postura, higiene pessoal, expressão facial
2. atividade geral
3. comportamento geral: social, interação social, atitude

4. comunicação verbal: fala, expressão do pensamento, idéias que expressa
5. humor
6. comportamento em situações especiais: unidade, terapia ocupacional, acontecimentos sociais, visitantes, tratamento, refeitório, noite
7. problemas somáticos: queixas, observações. (15)

Autoras americanas denominam "avaliação", o que chamamos aqui de observação. As necessidades observadas se baseiam na Classificação de Reações Humanas concernentes à Prática de Enfermagem Psiquiátrica, da Associação Norte-Americana de Enfermagem (ANA). As categorias são: atividade, cognição, ecológicos, emocionais, interpessoais, percepção, fisiológicos e valoração. (142)

Uma escala elaborada para a observação participante do paciente psiquiátrico internado, consta de: cuidado pessoal, deixar o leito, participação nas rotinas, execução de atividades, mostrar interesse, comunicação verbal, interação social, referência a fatos, alucinações, orientação, psicomotricidade aumentada, linguagem acelerada, irritabilidade, aceitação de limites, expressão de auto-estima e comportamento inabitual. Avaliados em termos gerais na espontaneidade, estímulos, (presença ou não), etc. (149)

Os artigos encontrados sobre as necessidades psico-espirituais, demonstram relevância à assistência que o enfermeiro deve prestar. Gelaim aplicou um questionário a 100 pacientes de várias especialidades em 7 hospitais de São Paulo, em 1974. Teve o objetivo de saber dos pacientes como era

este atendimento. Conclui que a necessidade existe (92%), porém não é assistida (79%); 32% destes pacientes acham que a enfermeira deveria exercer esta função. Para o autor, enquanto existe o discurso do "atendimento integral", a Enfermagem deve se voltar para questões no tocante ao conhecimento, análise e manifestação das crenças. (65)

Hense fez um estudo qualitativo da espiritualidade do paciente cirúrgico, buscando a subjetividade e o significado vivencial da cirurgia. Propõe que no histórico de Enfermagem seja considerado o dado "reconhecimento de um ser superior" e se estabeleça um planejamento da assistência espiritual. (68)

A proposta de pesquisar as práticas religiosas, não se vincula à necessidade de prestar assistência espiritual aos pacientes. Cabe ressaltar que estes estudos devem trazer conhecimentos, aprofundar o saber de uma característica pessoal do paciente que pode influenciar no seu processo saúde/-doença.

3. DOENÇA MENTAL E SUAS RELAÇÕES COM A RELIGIÃO

3.1. Achados na história da Psiquiatria de fatores religiosos da doença mental

As possíveis relações da Psiquiatria com a religião, são evidenciadas nos primórdios das tentativas do desvendar a loucura. Haveria esta ligação da doença mental com as práticas religiosas? O insano e o mágico, a louca e a feiticeira, o surto e a possessão, o bem e o mal, o conflito-culpa e o pecado, o sagrado e o satânico - Deus e o Diabo.

Existem diferenças significativas entre o conceito de saúde dos povos antigos e o confirmado pela ciência. Contudo, ainda se verificam resquícios de idéias arcaicas sobre este assunto. O homem primitivo achava que a doença era causa de forças sobrenaturais atuando fora de seu corpo: espíritos do mal, bruxas, demônios, deuses ou magos. (113)

A Psiquiatria esteve durante muito tempo longe da ciência médica, pois demonstrava certa relação com a demonologia. Não havia a clássica estrutura mecanicista e racional. Doenças surgiam, doentes sofriam através de circunstâncias que não se encaixavam em causas já conhecidas e classificadas. Os motivos então, eram as "influências malignas" de seres humanos ou sobre-humanos, explicação dada para doenças com causalidade indefinida. (3)

Quando consideravam seres humanos causadores de doenças a outros homens, o tratamento era a magia e a feitiçaria. Quando eram seres sobre-humanos, usavam-se práticas mágico-religiosas. "Entendendo-se que esses métodos de tratamento eram tentativas de mudar psicologicamente as conseqüências malévolas, a psiquiatria é historicamente a mais antiga das especializações médicas." (3)

Forças espirituais más se apoderavam do homem - uma força de fora, algo que se apossava dele. Esta explicação era dada para doenças físicas e mentais. No caso das doenças mentais, não estavam errados ao admitir que as causas passavam pelas forças psicológicas, porém não conseguiam entender que essas não estavam fora deles. (3)

O tratamento dado aos leprosos na Idade Média era a exclusão, o afastamento, o abandono, a salvação pela mão que não se estende. Construíram hospitais distantes das cidades onde estes enfermos se instalavam e permaneciam como não-humanos. Encaravam a lepra como uma punição divina, manifestação da cólera de Deus. A salvação, representando a bondade divina, vinha através da exclusão dos doentes com a internação. (50)

No fim da Idade Média os leprosários ficam vazios. O tipo de tratamento e atendimento dado aos leprosos é dado aos homens que têm doenças venéreas. A seguir, vemos o mesmo afastamento e exclusões severas atingir: pobres, presos, alienados, vagabundos. Juntamente com eles, ocupam o vazio das casas de internação os profanadores do sagrado, os que dizem blasfêmias, os que praticam feitiçaria, magias, profetas novos, ateus. (50)

No mundo artístico da Idade Média, o louco é colocado junto aos vícios. Na Renascença, o louco é encarado com certo respeito, certa atração, pois se pensava que ele possuía o saber de Satã. "É a loucura transformada em Tentação: tudo que nele existe de impossível, de fantástico, de inumano, tudo que nele indica a contranatureza e o formigamento de uma presença insana ao rés-do-chão, tudo isso, justamente, é que lhe atribui seu estranho poder." (50)

No entanto, o homem não aceitava como sua a responsabilidade por impulsos sexuais, tão expostos na arte renascentista. Atribuíam a "um agente estranho, ao demônio, aos bruxos e às feiticeiras", instrumentos de sua influência. (3)

Do século XV até meados do século XVII, o louco se vê livre, possível em todas as suas formas de expressão e convivência. Em meados do século XVII, inicia-se a Época Clássica, o período das grandes internações. Começa a história da exclusão da loucura. (50)

A Igreja aprova, dividindo os pobres internados em submissos e insubmissos: os submissos ligados ao bem, a Deus, aceitam o internamento, os insubmissos do lado do Demônio, do mal, se rebelam. Aqui se apresenta a função da internação: o benefício e a punição, estendida aos loucos, insanos, aos que aderem a práticas mágicas e feitiçarias. Instituiu-se nesta época, que a magia ilude, provoca insanidade, portanto os que acreditavam nela, precisavam de proteção e os que a exerciam de castigo. (50)

A Igreja encara as casas de internamento como a cidade que os homens expulsos do jardim de Deus construíram e

são obrigados a viver nela. O erro, a falta, o pecado deve ser punido - é necessário uma forma de autoridade punitiva. (50) "A loucura começa a avizinhar-se com o pecado, e é talvez aí que se estabelecerá, por séculos, esse parentesco entre o desatino e a culpabilidade que o alienado experimenta hoje, como sendo um destino, e que o médico descobre como verdade da natureza." (50). Percebemos, em relatos de doentes mentais, que alguns encaram sua doença como provação divina, culpa por falhas, atitudes, pensamentos condenados por questões místicas, pelo rigor religioso, pelo medo do pecado.

Pinel acreditava que o catolicismo com suas práticas cheias de emoções, imagens às vezes assustadoras, poderia com facilidade levar à loucura. "Faz surgirem crenças delirantes, alimenta alucinações, leva homens ao desespero e à melancolia." (50)

O aprimoramento de uma ideologia psiquiátrica poderia num nível mais problemático desvincular o doente mental de suas genuínas características culturais e pessoais, classificando-o em comportamentos inaceitáveis e inadaptáveis dentro de certos padrões hegemônicos. Portanto, todo um cuidado é necessário ao fazer retrospectos e análises do que é considerado doença mental e das ligações da loucura com a religião. As influências da Medicina positivista, das ideologias dominantes, da Igreja hierárquica, podem levar a uma confusão do que poderia ser doença ou apenas expressões culturais místicas.

Nota-se que a história da loucura liga o doente mental com práticas mágico-religiosas. Mostram "(...) no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado,

preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas." (51)

Sobre a ligação da possessão com a loucura, Foucalt analisa: "Interpretação que repousa num erro de fato: que os loucos eram considerados possuídos; num preconceito inexato: que as pessoas definidas como possuídas eram doentes mentais; finalmente, num erro de raciocínio: deduz-se que se os possuídos eram na verdade loucos, os loucos eram tratados realmente como possuídos." (51) Foucault ainda aborda que a questão da possessão deve ser tratada mais pela história das idéias religiosas do que pela história da loucura.

A Igreja se utiliza da Medicina para explicar a possessão por duas vezes na história antes do século XIX. Explica-a enquanto doença. Pactos com o diabo, ritos diabólicos, êxtase na possessão pelo Espírito Santo, são denominados como "imaginação desregrada" ou "movimentos violentos dos humores ou dos espíritos". (51)

3.2. Psicopatologia relacionada com a religião

"eu juro que é melhor não ser o normal, se eu posso pensar que Deus sou eu..." (Arnaldo Batista e Rita Lee)

Inúmeras discordâncias surgem nos autores que se propuseram a estudar a Psicopatologia, considerada a parte da Psiquiatria que descreve delírios e alucinações, bem como alterações de memória, atenção, psicomotricidade, orientação, consciência, ou seja, fenômenos psíquicos anormais.

Para alguns, como I.Paim, a alucinação estaria no grupo das alterações das representações, reprodução da imagem causada pelos órgãos sensoriais. Esta reprodução seria uma lembrança ou imagem mnêmica projetada no subjetivo; o objeto causador da imagem não mais se encontra na realidade objetiva. Apenas a ilusão estaria no campo da percepção, "ato pelo qual tomamos conhecimento de um objeto do meio exterior, considerado como real, isto é, como existente fora da própria atividade perceptiva." O mesmo autor inclui os delírios nas alterações dos juízos. O juízo, para a lógica, seria a "afirmação ou negação de uma relação entre dois conceitos." (120)

Kaplan, Henry Ey, Nobre de Melo, R.Mezer e Jaspers, abordam o delírio nas perturbações do conteúdo do pensamento e as alucinações no grupo das percepções. Delírio como

alteração do juízo é descrito por Nobre de Melo e Jaspers. Para Henry Ey o delírio está ligado a uma desestruturação do ego e da realidade. (42, 77, 84, 103, 104)

3.2.1. Delírios:

De acordo com o enfoque analítico, encontramos definições variadas para os delírios. Jaspers diz ser o delírio uma "transformação na consciência global da realidade", afirmando que ele surge nos julgamentos e pensamentos. (77). Nobre de Melo o conceitua como impenetrável, bizarro, oriundo de juízos falsos. O delirante teria uma "certeza subjetiva absoluta", uma "convicção interior inamovível". (103)

Percebe-se essa firmeza de convicção no delirante místico, quando se diz Deus com o poder da cura e salvação, julgando-se sob as forças do diabo, afirmando ser um santo ou ter o sangue poderoso de Jesus. Essas afirmações são tão intensamente vividas que o delirante passa a funcionar de forma geral como sendo Jesus, santos ou o diabo. Seu juízo alterado determina que ele é outro ser, ele se vê como tal, atua e sente coisas que esses "seres" sentem e fazem nos livros, histórias e citações Bíblicas.

Para Henry Ey, o delírio se relaciona com a concepção do mundo de acordo com a noção de ego. O autor denomina delírio de alienação, na medida que esta é uma "modificação radical das relações do indivíduo com a realidade." Vão existir no indivíduo "crenças inabaláveis", que o fazem perder o contato com o real, desestruturar o ego, assumir fantasias improváveis, alterar seus padrões de conduta. (42)

O real, para o indivíduo é constituído pelo seu mundo físico, psíquico, ambiental e interior. O ego está li-

gado a esse mundo, ao indivíduo que estabelece valores de realidade que o permitem viver. O delírio é a alienação, na medida em que há uma "inversão das relações de realidade do Ego com seu mundo." (42) A Psicanálise considera o ego alienado um ego psicótico, há uma elaboração de idéias delirantes que podem formar uma concepção fantástica, um sistema, um labirinto.

Uma pergunta se configura: qual a origem do delírio? De onde o indivíduo busca suas imagens e fantasias para assumir a posição de ser outros "seres" divinos e poderosos? Seu conteúdo pode surgir abruptamente, inteiro, ou vir se estruturando lentamente e o doente ir experimentando sensações de estranheza nele e no ambiente. Jaspers diz que na estranheza, na "disposição delirante", busca-se uma idéia para se segurar e nascem os delírios, seria o "humor delirante".(77)

Este estado é a incerteza, a intranqüilidade, a confusão que se dissipa ou diminui de intensidade com o aparecimento de vivências delirantes que se solidificam e o indivíduo expressa a estranheza por palavras e atitudes. Para caracterizar-se com vivências delirantes, tem percepções também delirantes. Seu mundo comum e rotineiro se altera, encontrando significações em tudo o que vê, sente ou ouve.

Nobre de Melo define bem estas percepções incomuns, dizendo que para o indivíduo "tudo em torno adquire sentido. Nada ocorre por acaso ou mesmo por simples coincidências." (103) Percebemos isso em vários indivíduos que se sentem enviados de Deus, porque as nuvens no céu adquiriram certa formação, uma lâmpada se apagou na sala quando ele entrou, uma pessoa da família chega em casa de surpresa, alguém na rua ou

numa igreja olhou para ele de forma diferente e demorada. Sentem-se com poderes diabólicos, se pensam na morte de um amigo e esse amigo vem a morrer inesperadamente, se não gostam de uma planta na casa do vizinho e essa planta morre ou murcha. Podem também ser conhecidas como "cognições delirantes"; a certeza se instala por evidência interna. (103)

As cognições geralmente precedem o tema do delírio. Importante descrever todo este trecho de Nobre de Melo: "Algumas vezes, contudo, essas cognições aparecem em estreita consonância com a temática delirante, ligando-se então, incidentalmente, a acontecimentos nela implicados. Tal é o que se observa, por exemplo, com certos doentes, conhecidos desde Kraepelin, sob a denominação de "esmiuçadores da Bíblia", a modelo do caso, referido por Jaspers, de certa jovem que, ao ler o episódio da Ressurreição de Lázaro, sente-se, de repente, ela própria encarnada na pessoa de Maria; sua irmã é Marta; Lázaro um primo seu; e passa então a viver, com grande intensidade, o acontecimento narrado, como se fora sua própria experiência íntima. Vivências dessa ordem dão conteúdo especialmente aos delírios místicos de falsos profetas e fundadores de seitas religiosas, como os que de quando em quando, ainda aparecem entre nós, sobretudo no interior, embaindo as populações rurais com as suas "prédicas" e "milagres"..." (103)

No Brasil de hoje, inúmeros milagreiros e fundadores de seitas aparecem não só no interior e não apenas em populações rurais. Haveria uma desorganização, um desequilíbrio geral a níveis sociais, culturais, políticos, morais, que te-

riam a condição de empurrar indivíduos desesperançosos no âmago do sagrado, das promessas e venturas religiosas duvidosas? Teriam certas igrejas e seitas o poder de incutir idéias, medos, certezas, em mentes desequilibradas socialmente, gerando o embrião de um delírio, uma cognição ou percepção delirante? (92, 95)

O conteúdo dos delírios varia de acordo com as condições individuais, com fatores históricos, geográficos, de questões da comunidade, status e padrões de cultura. Um indivíduo culto vai elaborar delírios de perseguição que falem de raios ultra-violetas, radares, ondas eletromagnéticas, discos voadores. Os menos cultos, desenvolvem temas ligados à feitiçaria, encostos, comunicação com espíritos, despachos. (103)

Ocorre em muitos pacientes delirantes, um isolamento social, baixos índices de aprendizagem e "alterações culturais". (84)

Concepções metafísicas, ligadas a imagens e símbolos que podem surgir nas vivências delirantes, são aceitas em algumas populações como significações culturais. Jaspers faz uma análise sobre questões de fé e superstição, enfocando as condições de realidade e objetividade temporal. Para ele, o tempo enquanto passado, presente e futuro, em movimento constante, pode parecer irreal. O passado não mais existe, o presente desaparece a cada minuto e o futuro não se constitui. "A objetividade temporal não é a realidade em si mesma." (77) A consciência metafísica estaria assegurada nessa realidade temporal inconstante. À compreensão dessa realidade, Jaspers chama de fé e intitula superstição, quando a realidade se

torna simples objetividade. O autor completa que, "devido à incondicionalidade de sua própria vida e atividade, só a fé, transcendendo o mundo, sem perder a firmeza nos pés - pode estar segura do ser no simbolismo de toda existência." (77) Se o patológico se estabelece, os sonhos e fantasias exasperam, o delírio ou as alucinações místicas se instalam, teria o ser perdido "a firmeza nos pés"?

A vivência da destruição do mundo no psicótico estaria vinculada com o desmoronamento do eu. Diz ainda Jaspers, "Em seu conteúdo, vivência da destruição do mundo é vivência religiosa profunda - de uma verdade simbólica milenar para a existência humana - e, se quisermos compreendê-la, devemos considerá-la como tal e não apenas como fenômeno psicopatológico e psicológico desvirtuado." (77) Esclarece que a experiência religiosa sempre é a mesma independente de quem a vive, se um doente ou um normal. Dentro da realidade empírica, o delírio seria então a forma doentia de manifestações do saber e do desvairar-se". Já, na realidade metafísica, o delírio seria a forma doentia de manifestação da fé e da superstição. (77)

O delírio místico manifesta uma modificação com inversão de valores da realidade. Em psicoses paranóicas, onde o indivíduo se mostra desconfiado, agressivo, pode surgir o delírio coletivo. O delirante tem um grande poder de persuasão e faz com que outras pessoas participem de seu delírio. Provavelmente um dos fatores de várias mortes ocorridas nas Guianas há anos atrás, num suicídio coletivo liderado por Jim Jones, líder de uma seita religiosa. Este ano o líder da seita "Ramo

Davidiano", no Texas-EUA, manteve pessoas confinadas numa fazenda com vários armamentos, aguardando o fim do mundo. A polícia invadiu o local e alguns adeptos morreram queimados, inclusive crianças. (93, 130)

Em vários delírios de grandeza, a temática megalomaníaca versa sobre um importante papel social, político ou uma missão religiosa. Em delírios de perseguição, pode haver o receio de ser possuído pelo demônio, pelas forças do mal, por espíritos, feiticeiros. Em certos pacientes, não ocorre a percepção do distúrbio delirante e se sentem originais em seus delírios bizarros. O interesse por temas místicos se torna muito presente, ativo e passam a escrever livros, proferir sermões. (137) Cenas presentes nas nossas praças e ruas, com homens vestidos de terno e gravata, mulheres de cabelos longos, vestidos compridos que em grupos ou até sozinhos, com Bíblias abertas pregam a vinda de Cristo, a culpa pelo pecado, o poder da oração, as maravilhas de uma vida casta. As características peculiares de certas igrejas podem intensificar estas condições delirantes conforme análise feita neste trabalho.

3.2.2. Alucinações:

Novamente encontramos divergências na definição das alucinações. R.Mezer, diz que "alucinações são percepções sensoriais falsas, nas quais o paciente percebe, através de um de seus órgãos sensoriais, alguma coisa que não existe na realidade." (104). Nobre de Melo acha incorreto se falar em percepção sem objeto presente ou sem o estímulo sensorial perceptivo, pois para ele, quando há percepção ou estímulo, subentende-se a existência do objeto.(102)

A "força do convencimento da imagem alucinatória é (...) irresistível." (77). Segundo o autor, há claridade de consciência nas alucinações verdadeiras. Nobre de Melo não a considera apenas ligada a distúrbios perceptivos e sensoriais, e sim expressão de um conjunto de atividades psíquicas.(102)

A alucinação é uma "percepção sem objeto a ser percebido.". Alucinação de um objeto que escapa ao controle da consciência, do ego, do sistema de realidade. Há uma "infração à lei da organização do corpo psíquico que a afasta da lógica de sua organização". (42) Kaplan a considera como perturbação psicótica, quando associada a comprometimento do teste de realidade. (81)

As alucinações auditivas podem se constituir em sons irreais, vozes lhe dizendo coisas agradáveis ou desagradáveis, dando ordens, determinando atitudes, fazendo críticas ou insultos, freqüentemente com implicações sexuais ou reli-

giosas. Ouve-se a voz de Deus, de santos, de um pastor ou do diabo, causando angústia, calma ou estados de agitação e agressividade nos pacientes.

Nas alucinações cenestésicas o paciente sente influências maléficas à distância, transformações corporais, despersonalização, irradiações no corpo, orgasmo com idéias de possessão demoníaca. Nas alucinações cinestésicas sentem uma falsa percepção de movimentos que podem ser ativos ou passivos, parciais ou de todo o corpo, sentem o corpo girando, saindo de si e caminhando, flutuando, muito comum em sessões espíritas e na umbanda.

O diagnóstico das alucinações como fenômeno patológico é o mais importante das alterações psíquicas. "Ilusões normais", seria a classificação das falsas alucinações como fenômeno de sugestão individual ou cultural. (84)

Torna-se às vezes complexo e impreciso o caminho buscado na tentativa de delimitar o que seria patológico e o que se constituiria culturalmente normal. Vozes, músicas, orações que surgem na cabeça dos indivíduos, visões de santos, sensações de abandono do próprio corpo e se sentir flutuando, convicções de ser Deus, de sofrer influências do demônio, de se sentir com poderes de cura, poderes do mal. São vários os exemplos existentes nas histórias de vida colhidas nesta pesquisa.

Cabe ressaltar a importância na avaliação e classificação do patológico enquanto delírio e alucinação, dando valor à história de vida da pessoa: suas crenças, sua formação em termos religiosos, suas práticas religiosas atuais.

Sendo membro de uma comunidade e exercendo determinada prática religiosa, o indivíduo incorpora valores, críticas, julgamentos - o bem e o mal, o sagrado e o profano - vividos e aceitos dentro de certa ordem de convivência, dentro de padrões culturais fortes. Esses aspectos podem determinar que receber espíritos, estar possuído por demônio, se sentir com poder de cura, fazer previsões, ter o poder de comandar a "massa" de fiéis, são "normais". (67, 78, 107)

3.3. Psicanálise e religião - Freud e Jung

Freud discorreu sobre o tema religião em diversos estudos consideráveis, alguns revistos neste capítulo. Segundo Pires, estes estudos denotam "(...)o esforço inicial de Freud para tornar compreensível o sobrenatural e mostrar que os mitos religiosos nada mais são do que fantasias inconscientes projetadas no mundo externo (...)." (124).

Em 1907 publica um escrito ligado ao tema em questão. Levanta as semelhanças e diferenças entre os "atos obsessivos dos que sofrem de afecções nervosas e as práticas pelas quais o crente expressa sua devoção." (62)

O obsessivo é dominado por um medo inconsciente, surgindo a ansiedade pela idéia de punição à percepção interna da tentação. O cerimonial surge então como "ato de defesa ou de segurança, uma medida protetora." (62). A correlação descrita se acha no sentimento de culpa do obsessivo e o medo do pecado no crente; as orações e novenas são o ritual, as medidas protetoras.

O significado do cerimonial obsessivo ou religioso pode ser desvendado através dos símbolos. Interpreta-se as experiências sexuais primitivas como propulsoras de idéias que levam à execução dos rituais. No neurótico, o impulso surge do instinto sexual e no crente, do instinto egoísta. (62)

Finalizando este estudo, Freud descreve "a neurose como uma religiosidade individual e a religião como uma neu-

rose obsessiva universal." (62)

Iniciando as observações sobre o complexo edípico, ainda com o termo complexo paternal, Freud faz este discurso notável: "A psicanálise tornou conhecida a íntima conexão existente entre o complexo do pai e a crença em Deus.(...)Biologicamente falando, o sentimento religioso origina-se na longa dependência e necessidade de ajuda da criança(...) A proteção contra doenças neuróticas, que a religião concede a seus crentes, é facilmente explicável: ela afasta o complexo paternal, do qual depende o sentimento de culpa, quer no indivíduo, quer na totalidade da raça humana, resolvendo-o para ele, enquanto o incrédulo tem de resolver sozinho o seu problema." (56)

Em "Totem e Tabu", Freud demonstra seu interesse pela Antropologia Social tratando da origem da religião. Elabora a tese da "horda primeva" e da "morte do pai primevo", como sendo a origem das instituições culturais e sociais. Seu método foi analisar o totemismo e os tabus do incesto. Os filhos se reuniram, mataram e devoraram o pai (identificação) que impedia a realização de seus desejos sexuais, sendo dono de todas as mulheres. Há o remorso de terem efetuado a morte do pai amado e odiado - ambivalência. Um tormento se estabelece, pois cada filho agora é o pai, podendo ser atacado pelos irmãos. Surge o totemismo, cria-se um substituto do pai - o totem (animal, vegetal ou fenômeno da natureza), talvez a primeira tentativa de religião. Em função da culpa pela morte do pai, aparecem os tabus: proíbem a morte do totem e deixam de desejar as mulheres do pai (exogamia - impedir o incesto no

grupo).(57)

No totemismo transparece a intenção de aliviar o remorso e o sentimento de culpa expresso na relação com o pai substituto - totem. "O sistema totêmico foi, por assim dizer, um pacto com o pai, no qual este prometia-lhes tudo o que uma imaginação infantil pode esperar de um pai - proteção, cuidado e indulgência - enquanto que, por seu lado, comprometiam-se a respeitar-lhe a vida, isto é, não repetir o ato que causara a destruição do pai real." (57)

A partir do totemismo, as outras religiões buscam solucionar o sentimento de culpa e abrandar o pai pela obediência não realizada. É salutar ressaltar a ambivalência que perdura nas religiões atuais: amor-ódio, céu-inferno, bem-mal, Deus-diabo, certo-errado, sagrado-profano, submissão-desafio, obediência-desobediência, puro-impuro. A partir dos sentimentos relatados pelos doentes de alívio ou intranqüilidade com a prática religiosa, ressaltamos as funções ambíguas da religião. (26, 41)

Em "Uma neurose demoníaca do século XVII", Freud compara a neurose de seu tempo surgindo como hipocondria e doença orgânica, com a neurose de tempos remotos, surgindo "em trajes demoníacos".(63)

Segundo Freud, o homem aflito pelas dificuldades, privações e sofrimentos da vida em sociedade, se defende através de "idéias religiosas". Estas idéias, expressas nas práticas religiosas, prometem alívio para diversas necessidades. Uma provável explicação da busca acentuada do doente mental por igrejas que lhe traga promessas de cura para seus distúr-

bios. As dificuldades adaptativas e vivenciais do homem, juntamente com os sofrimentos ameaçadores da realidade (morte, forças da natureza e convivência humana), o impulsionam ao encontro da religião na busca da felicidade. (58, 59)

Considera a religião uma ilusão, pois há crença inabalável, sem provas racionais, sem experiência. "O segredo de sua força reside na força desses desejos." Os conflitos edípicos do homem, provenientes de sua infância, são retirados dele e resolvidos de forma igualitária para todos os seres pela religião. (58)

Demonstra um paralelo da ilusão e do delírio, onde este último se acha "em contradição com a realidade", enquanto que a ilusão não tem caráter obrigatório de falsidade e irrealidade. Ressalta, porém, que há doutrinas religiosas tão inacreditáveis que se assemelham aos delírios. (58)

Falando novamente na relação entre religião e neurose obsessiva, ele afirma que o crente ao aceitar a doutrina religiosa, pode estar salvo de desenvolver "enfermidades neuróticas". "(...)sua aceitação da neurose individual universal poupa-lhes o trabalho de elaborar uma neurose pessoal", se estruturando, talvez, a função integradora. (58).

Freud recebe carta de um médico lhe descrevendo uma certa experiência religiosa. O médico comenta que na sala de dissecção viu o cadáver de uma velha e duvidou da existência de Deus. Numa reflexão do fato, ouviu a voz de sua alma pedindo que voltasse atrás na intenção de se afastar da Igreja. Interpretou como uma revelação de Deus e em seguida se converteu. Freud analisa como uma "psicose alucinatória" pro-

veniente do complexo edípico. O médico associou a velha morta com sua mãe, despertando um desejo por ela e se indignando contra o pai. A idéia de pai se associou à idéia de "Deus", duvidando então da existência de Deus, pela morte da mãe (morte, ligada ao sentimento de mau trato da relação sexual pai-mãe). Na conversão, o conflito se resolve de acordo com os ensinamentos religiosos "submissão completa à vontade de Deus Pai." (60)

Em "O mal estar na civilização", Freud aborda novamente a origem da religião através do sentimento de desamparo, semelhante ao infantil, na busca de proteção do pai. Defende que inquietações internas são aliviadas pelo ego por "métodos que utiliza contra o desprazer oriundo do exterior", sendo este método um começo provável de distúrbios patológicos. (59). De acordo com a história individual, social e as características de determinadas igrejas, este alívio pode ser benéfico ou não.

Freud acredita que não há escolha possível para se atingir a felicidade completa e duradoura, nem mesmo a religião. O consolo e o prazer do crente estão na "submissão incondicional". As idéias religiosas fazem o homem abdicar de certos instintos. Confirma que se não há compensação para a perda de instintos, poderão ocorrer distúrbios.(59)

Em "Moisés e o Monoteísmo", volta o autor a fazer um paralelo da neurose individual com a coletiva. Elabora a tese da herança arcaica que o homem traz em sua vida psíquica. Fatos e reações de hoje podem se associar a vivências bem remotas de difícil compreensão: "memória da experiência de gera-

ções anteriores". Essa memória não seria transmitida pela linguagem. "Ela deve ter experimentado a sorte de ser reprimida, o estado de demorar-se no inconsciente, antes de ser capaz de apresentar efeitos tão poderosos quando de seu retorno, de colocar as massas sob seu fascínio, como vimos com espanto, e, até aqui, sem compreensão, no caso da tradição religiosa." (61)

Uma visão crítica de Freud é expressa por Jablonka, acreditando que a neurose obsessiva se estabelece a partir da história individual e que a experiência religiosa não é definida apenas pelos cerimoniais. (76)

Finalizando, Pires fala que a maioria das críticas a todos os trabalhos de Freud sobre religião, se deve ao fato de demonstrar o "caráter ilusório da religião, que nada mais é do que um corpo de idéias, que não mantém um vínculo com a realidade objetiva, que é oriundo de motivações inconscientes e que tenta, através das suas práticas, resolver, sem sucesso, as ansiedades emanadas a partir do complexo edípico." (124)

No início de seus estudos e atividades científicas, Jung compartilhava do pensamento de Freud sobre o fenômeno religioso. Em 1949, começa a questionar a abordagem freudiana e formular hipóteses que a imagem paterna de Deus poderia vir de outras formulações (herança dos antepassados) e não da figura progenitora. (19)

"Eu me proponho, pelo menos, a fornecer algumas noções do modo pelo qual a Psicologia prática se defronta com o problema religioso." (79)

Hoje, os estudos de Jung acerca da religião são

considerados por muitos como um "marco na nova avaliação da espiritualidade".(31) Em sua época não conseguiu tanto êxito.

Jung com seus estudos do inconsciente coletivo promove uma ruptura do pensamento científico e explicações tradicionais na patologia médica e história pessoal do doente. Havia uma tendência em vincular a ciência às tradições espirituais.

Análise criteriosa de seus próprios sonhos, sonhos e alucinações, fantasias e delírios de seus pacientes, verifica que a psique traz símbolos da humanidade. Daí, vem a denominação "arquétipos". "Esses elementos podem ser encontrados na mitologia, no folclore e na arte de culturas distribuídas amplamente, não apenas pelo globo, mas ao longo da humanidade." (31)

Sobre os sonhos, Jung descreve que "certos conteúdos provêm de uma psique mais ampla do que a consciência. (...) encerram uma análise, uma compreensão ou saber de grau superior, que a consciência do indivíduo seria incapaz de produzir." (79)

Observando a regularidade de aparecimento desses arquétipos, em homens distintos, Jung conclui a existência do "inconsciente coletivo".

"No modelo junguiano, muitas experiências que não fazem sentido como derivativos de eventos biográficos, tais como visões de divindades e demônios, podem ser consideradas manifestações de conteúdos do inconsciente coletivo." (31)

Os adeptos das idéias de Jung, acreditam que o retorno deste material à consciência pode ser curativo e não ter

a condição de distúrbio mental. Seriam processos de transformação, de passagem para outros estágios de evolução e não deveriam ser suprimidos com medicamentos e tratamentos.

Acredita-se também, que os arquétipos estarão presentes em estados alterados de consciência, como certos tipos de meditações e respiração, drogas, determinados tipos de músicas, etc.

Para Jung a religião seria a ligação do indivíduo com os aspectos do seu inconsciente coletivo, através da experiência religiosa, ocasionando uma transformação em sua consciência. "Religião é - como diz o vocábulo latino religere - uma acurada e conscienciosa observação daquilo que Rudolf Otto acertadamente chamou de "numinoso", isto é, uma existência ou um efeito dinâmico não causados por um ato arbitrário." (79)

"O dinamismo psíquico, segundo Jung, alcança-se e compreende-se mais pela organização arquetípica do que pelo ambiente que rodeia o homem. A desordem mental sobrevém quando os arquétipos ou não podem atuar ou se contradizem. Os arquétipos aparecem de maneira particularmente atuante na religiosidade, e portanto, a religiosidade é uma atividade psíquica normal, e até tem uma função equilibradora indispensável." (19)

A religião propiciaria ao homem o encontro consigo mesmo, portanto teria um caráter integrador. A neurose seria a ausência da percepção das experiências integradoras da religião. Segundo Jablonka, Jung acreditava que a religião "é a força propulsora que move o indivíduo ao encontro de si mesmo. Ou seja, à aceitação de sua totalidade, de seus aspectos posi-

tivos e dos negativos." (76)

Ao contrário de Freud, Jung teve uma busca de explicação para a mente numa abordagem holística, uma ampliação das relações com o ambiente, uma compreensão pela totalidade. O inconsciente de Freud tem características pessoais, esquecidas ou reprimidas. Para Jung o inconsciente ia além, admitia que ao nascer o homem já trazia seu inconsciente. Jung dizia que o inconsciente tinha uma parte pessoal (Freud) e uma parte coletiva (comum à humanidade). (31)

Para Freud a religião seria uma neurose coletiva, uma dependência; Jung a considerava uma função integradora do homem.

4. RELIGIÃO E SUAS RELAÇÕES COM A DOENÇA MENTAL

"Eu acho que o homem é religioso como é bípede. Tem Deus no começo e no fim. No meio fica a gente esperneando. Se espernear de acordo, isto é, com sinceridade, esbarra NELE, não tem conversa." (Adélia Prado)

4.1. Definição de prática religiosa:

Alves, aborda a religião como fenômeno social se organizando através de símbolos sagrados. "Num primeiro momento é a religião que batisa como sagrados certos nomes e práticas, e num segundo momento tais práticas passam a ser o caráter distintivo da religião." (10)

Na experiência religiosa, percebe-se o fenômeno ou fato religioso através de atitudes e práticas. Esta experiência se passa no "diálogo do homem com o mundo." As práticas religiosas seriam, então: a prece, o sacrifício, as proibições, a confissão, a adoração, meditação, pregação, recebimentos de dons, conversão, os ritos, as doações, revelações. (67, 122)

4.2. Achados nos estudos da religião de fatores ligados à doença mental:

Analisar profundamente a Teologia, Filosofia, Sociologia e Antropologia religiosas, não é o intento desta dissertação. Faço apanhados explicativos no campo religioso. Volto especial atenção à fenomenologia religiosa, estudando as práticas religiosas, pois através delas foi feita a observação da incidência da religiosidade no doente mental.

A fenomenologia religiosa estuda o "fato religioso nas suas manifestações e expressões sensíveis, ou seja, como comportamento humano, com a finalidade de apreender o seu significado profundo." (122)

O fato religioso é avaliado na manifestação das práticas religiosas. A análise destas práticas se fixou nas expressões que o doente diz na entrevista e as que surgiram nas observações de Enfermagem. Foi necessário este funilamento diante da abrangência de análises possíveis dos símbolos, mitos, da subjetividade religiosa, magia, significados de doença do corpo, do espírito, cabíveis em outras pesquisas e espaços. (64, 100, 99, 106, 107, 112, 139)

O ser humano se envolve com o espiritual; mesmo não sendo adepto de determinada igreja ou demonstrando sua fé, provavelmente já percebeu algo inexplicável. A religião é um fenômeno universal e particular. Em toda cidade visualizamos inúmeros templos e hoje vemos construções que não são as tra-

dicionais igrejas católicas. Televisão e rádio exibem programas de caráter religioso. Pelas ruas e praças, esbarramos com a pregação e distribuição de folhetos dos "crentes". O doente mental percebe e participa destes movimentos. (2, 32, 83, 92, 95, 109)

A Antropologia, em várias pesquisas, faz do fenômeno religioso seu objeto de estudo, numa perspectiva dinâmica de sociedade e cultura. Cultura entendida como o modo de fazer e se integrar às necessidades de seu grupo. Para a Antropologia, a religião enquanto cultura envolveria crenças e condutas. Estuda a influência das crenças no relacionamento social e na organização da experiência pessoal. (26, 95, 88, 96)

A Sociologia pesquisa como o homem interpreta o mundo pela religião, numa forma de conhecimento. O caminho como o homem chega à sua opção religiosa, é um caminho social, através dos sistemas sociais de sua comunidade, que definem a forma de vida destes indivíduos. Estuda significações entre religião e sociedade. Cuida da experiência religiosa na história do homem e no desenvolvimento das sociedades. Não julga a crença e oferece subsídios para abordar as complexidades do fenômeno religioso, enquanto fenômeno social. (20, 40, 95, 115, 116)

A crença individual, não se sustenta antropológica, sociológica ou filosoficamente. Para o crente, a fé é uma verdade revelada pelo seu Deus, ele confia nisso, pois está inserida na realidade dos fatos que ele acredita.

Chegou-se a formular pensamentos filosóficos da morte de Deus, com os avanços da tecnologia e do racionalismo

explicativo, incluindo aí a Medicina e a Psiquiatria. Nos estudos ligados à sociedade e religião contemporâneos, detecta-se uma proliferação de novas seitas, um repensar práticas tradicionais com os adeptos inchando as igrejas. Haveria uma desilusão com a ciência que não deu conta de explicar "tudo" como se propunha? (11, 95, 106, 107)

O homem busca o religioso em momentos difíceis, quando se sente desamparado, segundo a análise freudiana. "Há basicamente três situações em que os homens se sentem atingidos pelo medo do caos: nos limites de sua capacidade de análise, nos limites de seu poder de suportar o sofrimento e nos limites de sua força moral." (95)

As igrejas pentecostais, oferecem um apoio psicológico aos crentes, com orações grupais, cultos, discussão de problemas, rezas em voz alta. (99). Já Fry e Howe, abordam a Umbanda juntamente com o pentecostalismo, como sendo procuradas nestas situações de crise, pois "pretendem oferecer soluções para todas as aflições em geral". (64)

A loucura pode ser encarada como um caos dentro do mundo concreto do homem. É de difícil entendimento, um sofrimento que ele não consegue controlar. Culturalmente haveria um entendimento de que a doença mental é algo do espírito e por isso precisa de cuidados religiosos e espirituais?

O homem ao se sentir inseguro, prefere idéias mágicas e místicas. A religião é atrativo para o louco, prometendo a salvação que pode se misturar com a idéia de cura. Porém, como ambos tentam explicar a sua loucura - igreja e psiquiatria - ele procura os dois. Não abandona o psiquiatra,

a internação e vai em busca de igrejas que o satisfaçam. (23, 46, 100, 107)

Para Durkheim, a energia da religião vinha do poder da coletividade. "Ele sustentava que quando um certo número de pessoas se reúne, a intimidade física e a afinidade estabelecidas na multidão obrigam-na inevitavelmente a terem uma sensação de participação, mais do que de solidão, de cooperação, mais do que de competição; o poder supera a fraqueza, as semelhanças sobrepujam as diferenças. A semelhança dos membros da multidão é acentuada pela sua proximidade física; eles começam a sentir suas identidades individuais desintegrarem-se sob a influência da multidão reunida à sua volta." (93). Assim ocorre o êxtase coletivo. (2, 106)

Dentro deste pensamento, podemos entender a busca do doente mental por igrejas de expressão coletiva. As pentecostais com cultos reunindo muitas pessoas, onde cantam e rezam alto, batem palmas, há uma euforia. O doente pode se sentir bem, sua desestruturação de personalidade, seus delírios, alucinações, podem ficar menos difíceis de entender e suportar num ambiente assim, talvez até achando uma ressonância. Por outro lado, dentro da análise da ambigüidade religiosa, indivíduos pré-mórbidos, poderiam descambar para alterações psicopatológicas neste meio coletivo de êxtase, passando a funcionar sempre assim e não só neste espaço religioso.

As explicações que a Psiquiatria oferece ao doente e família sobre o seu adoecer, podem ter um sentido fragmentário para ele, trazendo mais aflição dentro de sua compreensão de ser-no-mundo. A experiência e prática religiosa, no entan-

to, pode trazer uma abrangência real de sua doença e de seu ser com suas relações sociais. "O discurso religioso possibilita pois ao indivíduo expressar e viver sua pessoa como um todo (não-fragmentado em órgãos ou partes doentes), e ao mesmo tempo localizar este "eu" na causalidade que preside à organização do mundo social (...)". (107)

Os espaços se dividem: o da loucura, poderia estar tentando suprimir sintomas psicopatológicos, isolando, explicando em linguagem díficil para o doente. O espaço da religião, permitindo os sintomas, deixando a loucura se manifestar nos cultos e sessões, oferecendo explicações de fácil entendimento no universo comunitário do doente. (46)

Em sua pesquisa da eficiência do tratamento psiquiátrico e do oferecido pela Umbanda para os doentes mentais, Olímpia, comprova: sentimentos de bem-estar e melhora da auto-imagem aumentados no grupo que se tratou na Umbanda. Usa de cautela e sugere mais pesquisas aprofundadas ao afirmar que o tratamento umbandista seria melhor que o psiquiátrico. (46)

Estudando também a Umbanda, Laplantine esclarece que se for avaliá-la sob aspectos da Antropologia Social, é "uma cerimônia religiosa de dimensões terapêuticas." Porém, se for analisá-la sob o ponto de vista da Antropologia Psicológica ou Psicanalítica, seria uma prática terapêutica ou patológica, se exprimindo por um "discurso religioso", social. Deixa claro que a diferença entre Antropologia, Sociologia, Psiquiatria, Psicanálise, não é nos objetos de trabalho - "ela advém da inversão da ordem de preeminência dos instrumentos de pesquisa que cada um dos grupos utiliza." (88)

A religião é considerada como uma das "mais sublimes aspirações humanas". Traz a certeza da moralidade, paz individual, enobrece o homem, promove a civilização e a ordem pública. De outro lado, pode ser uma barreira para o progresso, fomentar fanatismo, superstições, ignorância. Certas igrejas que intensificam estas funções ambíguas ou até priorizam mais o lado do fanatismo, suscitam dúvidas em relação à saúde mental de seus adeptos. "Neste ponto surge a pergunta fundamental: o que é que realmente existe na experiência religiosa - realidade ou ilusão?" (115)

Durkheim, acreditando filosoficamente na dualidade humana, estabeleceu sete características do sagrado que o homem experimenta e se influencia com elas: poder ou força; ambigüidade; não-utilitário; não-empírico; não envolve conhecimento; apoio e fortalecimento; obrigação moral como exigência. (40, 115).

Dentro da ambigüidade, os termos integração e desintegração, surgiram com o sociólogo Louis Schneider. Enquanto integradora, estaria em seus aspectos positivos (Jung), apresentando consolo emocional, reconciliação, inibindo conflitos. Enquanto desintegradora, com aspectos negativos, traria inibição de protestos ao consolar, impedindo mudanças sociais (ópio-Marx). Pode gerar revoluções sociais; atitudes reacionárias impedindo o avanço científico; determinando normas e valores pode dificultar adaptações. Em sua função profética pode deixar nas mãos de Deus a justiça que poderia ser exigida e exercida no presente. Cria dependência em seus líderes, como Freud analisou em associação ao complexo edípico.

(115)

Esta duplicidade pode ser o ponto chave da relação do doente mental com sua igreja. Doença do corpo, tem exames comprobatórios, remédios que aliviam a dor, cirurgias curativas, internações mais curtas que as psiquiátricas, observado no grupo controle desta pesquisa. Doença da mente ou seria do espírito? Tudo é incerto, não há comprovação que venha ao encontro de sua forma de pensar. Então, busca a religião, o sobrenatural, que também não explica, mas é um espaço para sentir coisas inexplicáveis.

As ambigüidades da religião, acentuada em algumas igrejas, podem abrandar pela paz e conforto ou podem intensificar a inquietação do louco com o medo e a excessiva moralidade. Procuram igrejas rígidas, quando obsessivos ou com sensação de perda de limites; cultos eufóricos, na exaltação do humor; mediunidades e recebimentos de dons, quando há alterações de senso-percepção. Igrejas que falem muito do diabo e fomentem o medo pelo pecado, podem trazer a desestruturação para a pré-morbidez de indivíduos persecutórios. Há quase um cruzamento de ambigüidades da religião e da loucura. (26, 64, 100, 116).

OBJETIVOS

CAPÍTULO II - OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL:

Estudar a incidência e a influência das práticas religiosas nos doentes mentais internados nas Enfermarias de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e do Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro da PUCCAMP.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1. Colher dados demográficos e sociais dos doentes mentais internados nas Enfermarias de Psiquiatria (Grupo de Estudo) e de pacientes cardíacos internados nas Enfermarias de Cardiologia (Grupo Controle), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro da PUCCAMP.

2.2. Avaliar a prática religiosa do doente mental, em comparação com a do Grupo Controle.

2.3. Avaliar as mudanças de religião dos doentes mentais e suas prováveis relações com os episódios de crise que motivaram as internações atuais.

2.4. Relatar a história de vida do doente mental, acrescida de relatos de sua prática religiosa e das observações de Enfermagem durante o período de internação.

HIPÓTESES

CAPÍTULO III - HIPÓTESES

1. A prática religiosa desencadeia e/ou agrava as crises.

2. O doente mental busca mais as práticas religiosas, com perspectivas de solução de seus problemas, em comparação com o Grupo Controle.

SUJEITOS E MÉTODOS

CAPÍTULO IV - SUJEITOS E MÉTODOS

1. SUJEITOS:

Foi estudada a população de pacientes internados na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, num total de 20 (vinte) pacientes, de dezembro de 1991 a fevereiro de 1992. Procurou-se estudar todos os pacientes, obedecendo uma ordem de entrada na Enfermaria, no período determinado. Neste período, 33 (trinta e três) pacientes estiveram internados.

Não foram entrevistados 13 (treze) pacientes pelos seguintes motivos: 2 (dois) pacientes fugiram da Enfermaria; 1 (uma) paciente foi entrevistada durante o projeto piloto; 1 (um) paciente foi excluído, pois já havia sido entrevistado, teve alta e reinternou durante o período da pesquisa; 4 (quatro) pacientes não foram entrevistados de acordo com os critérios de exclusão; 5 (cinco) pacientes tiveram alta hospitalar antes da oportunidade de serem entrevistados.

A permissão para a realização das entrevistas nesta Enfermaria foi concedida após a apresentação do projeto de pesquisa numa reunião administrativa com a equipe multiprofissional.

A escolha dos pacientes a serem entrevistados em cada dia, era feita em conjunto com a enfermeira de plantão.

Foi também estudada a população de pacientes internados na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro da PUCCAMP, num total de 20 (vinte), em fevereiro de 1992. Foram entrevistados os pacientes disponíveis e que se enquadravam nos critérios de inclusão, não sendo possível incluir todos internados no período determinado, devido a rotatividade e tempo mínimo de permanência no hospital. Na portaria do hospital há um livro de registro das internações, nele consta que 40 (quarenta) pacientes estiveram internados nesta Enfermaria nos dias 25, 26, 27 e 28 de fevereiro de 1992, período no qual entrevistei 20 (vinte) pacientes.

A permissão para a coleta de dados, foi concedida primeiramente pelo Superintendente do hospital, constando de análise curricular, do projeto de pesquisa e modelo da entrevista. Em seguida, aconteceu uma avaliação do projeto de pesquisa e entrevista pessoal com os psiquiatras coordenadores da Enfermaria, finalizando com o parecer favorável da Comissão de Ética do referido hospital.

A separação dos pacientes a serem entrevistados era feita juntamente com a enfermeira do setor.

Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos para os dois hospitais:

- Inclusão
  1. querer espontaneamente participar das entrevistas
  2. ter capacidade para compreensão do instrumento utilizado

- Exclusão
  1. pacientes em estado de agitação psicomotora
  2. pacientes em crise alucinatória ou delirante aguda
  3. pacientes em sedação medicamentosa importante
  4. pacientes cujo distúrbio afetava a verbalização (mutismo)

Todos os dados foram colhidos através das entrevistas com os pacientes, exceto o diagnóstico médico e as observações de Enfermagem retirados dos prontuários.

2. MÉTODOS:

2.1. Local, Horário e Duração das Entrevistas:

As entrevistas foram realizadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, entre dezembro de 1991 e fevereiro de 1992, ocorrendo no período da tarde, de acordo com o funcionamento da Enfermaria. Foi utilizada uma sala fechada de procedimentos médicos. Estas entrevistas duraram em média 40 minutos, sendo realizada apenas uma com cada paciente.

As entrevistas no Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro da PUCCAMP ocorreram em fevereiro de 1992, no período da tarde. Foi usada uma sala aberta, localizada no final do corredor da Enfermaria. As entrevistas duraram o tempo médio de 40 minutos e os dados foram colhidos em apenas um encontro.

2.2. Instrumento:

Foi utilizada entrevista semi-estruturada, semelhante a que existe na Enfermaria de Psiquiatria da UNICAMP. Esta consta de: identificação; motivo da internação; história da doença atual; antecedentes psiquiátricos familiares; histó-

ria de vida; eventos de vida; diagnóstico médico; observações de Enfermagem durante a internação e 21 perguntas relacionadas à religião. (Anexo)

Durante toda a internação do paciente, foram feitas anotações das observações de Enfermagem, descrevendo sinais, sintomas e comportamentos, observados pela equipe de Enfermagem nas 24 horas. Estas anotações ficaram prejudicadas nos pacientes entrevistados na PUCCAMP, por fatores detalhados no Capítulo I, item 1.3.2.

2.3. Sujeitos de Grupo Controle:

Observamos aspectos clínicos, efeitos de medicações e procedimentos, assim como correlações com a idade do Grupo de Estudo para determinar a especialidade do Grupo Controle, optando por pacientes cardíacos internados.

Foram entrevistados cardíacos crônicos ou descompensados, na condição de terem uma patologia não psiquiátrica, porém que provoca sofrimentos, angústia e desesperança nos pacientes e suas famílias. Seguiu-se os seguintes critérios:

a) estar consciente
b) ter condições de compreender as questões propostas
c) faixa etária semelhante à do Grupo de Estudo
d) não ter distúrbio psiquiátrico associado
e) querer espontaneamente participar da entrevista

As condições sócio-econômicas, a priori, não foram observadas para determinar o Grupo Controle, já que os dois grupos estavam internados nos mesmos hospitais, e portanto, as referidas condições presumivelmente eram as mesmas. (48)

Para realizar a pesquisa na Enfermaria de Cardiologia da UNICAMP foi preciso um encontro com o docente responsável, o qual avaliou o modelo de entrevista a ser feito com os pacientes.

Na PUCCAMP, foi necessário encaminhar novo pedido ao Superintendente, sendo rapidamente aprovado.

Nas duas Enfermarias de Cardiologia, a escolha de pacientes a serem entrevistados, era feita juntamente com a enfermeira de plantão. As entrevistas foram realizadas à tarde, nos quartos dos pacientes, por não haver condições nos dois hospitais de uma sala separada para este fim. Apenas o diagnóstico médico foi retirado do prontuário do paciente, sendo todos os outros dados colhidos na entrevista. Foi realizada apenas uma entrevista com cada paciente.

2.4. Projeto Piloto:

Em agosto de 1992, foram realizadas entrevistas com 10 (dez) pacientes internados na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no caráter de projeto piloto. Foi testada a entre-

vista em cada um de seus itens, o tempo de duração da mesma, o entendimento do paciente às questões formuladas e a condição da entrevistadora para aplicação.

Ao questionário anterior, acrescentou-se o número de registro do paciente no hospital, o item estado civil e duas perguntas sobre religião que foram desmembradas, chegando-se a um total de 21 questões.

2.5. Análise Estatística:

A análise estatística dos dados colhidos nas entre- vistas, constituiu-se de um estudo descritivo. Os 40 (quarenta) pacientes psiquiátricos formaram o Grupo de Estudo. A nível de um estudo comparativo observacional, também foram entrevistados 40 (quarenta) pacientes cardíacos - Grupo Controle, interna- dos nos mesmos hospitais dos pacientes psiquiátricos (UNICAMP e PUCCAMP). (48)

O método adotado na coleta de dados foi a abordagem pessoal através da aplicação de uma entrevista já especificada. A coleta de dados foi observacional, ou seja, as entrevistas eram feitas à medida que os pacientes iam sendo internados, até que um número de 20 (vinte) pacientes tivessem sido entrevistados em cada um dos hospitais, sem obedecer a nenhum crité-rio de amostragem.

Os pacientes do Grupo Controle têm a mesma divisão de sexo encontrada no Grupo de Estudo, ou seja, 23 mulheres e

17 homens. Foi a única categoria pareada.

Para facilitar a análise e de acordo com a semelhança encontrada nos dados sócio-demográficos dos referidos hospitais, as tabelas do Grupo de Estudo foram realizadas em conjunto (os 40 pacientes), exceto a tabela referente ao tempo de permanência no hospital. O mesmo ocorreu com o Grupo Controle.

A metodologia utilizada para a análise dos dados foi a tabulação e cruzamento das perguntas da entrevis-ta. Todas as perguntas foram cruzadas com o sexo e algumas foram cruzadas duas a duas, tendo o sexo como controle.

A análise realizada nos dados foi descritiva. A forma observacional da coleta dos dados impossibi-litou a realização de testes de comparação ou qualquer técnica que inferisse sobre os dados.

As tabelas se apresentam na forma de dupla entrada, onde dentro de cada casela existe a freqüência absoluta das respostas, os percentuais em relação ao total daquela resposta e da coluna, que segue a mesma definição referente à linha.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

CAPÍTULO V - RESULTADOS E DISCUSSÕES

1. TABELAS E GRÁFICOS - ANÁLISES E DISCUSSÕES

TABELA 1 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo e dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo o sexo. Apenas uma tabela foi construída, pois o número total de pacientes nos dois grupos é o mesmo, assim como o número de pacientes femininos e masculinos.

SEXO	Frequency	Percent
FEMININO	23	57,5
MASCULINO	17	42,5
Total	40	100,00

ANÁLISE DA TABELA 1

A distribuição de pacientes por sexo no Grupo Controle dos pacientes cardíacos, foi propositalmente a mesma encontrada no Grupo de Estudo dos pacientes psiquiátricos, ou seja, 23 mulheres (57,5%) e 17 homens (42,5%), do total de 40 pacientes entrevistados em cada grupo (única categoria pareada). Por este motivo, somente uma tabela foi confeccionada demonstrando a distribuição.

Jaspers aborda a diferença entre o psiquismo feminino e o masculino, alegando ter a mulher maior emotividade e profundidade na capacidade vivencial. Acrescenta que as diversidades da condição social da mulher, podem esclarecer a prevalência de distúrbios psíquicos no sexo feminino. Insiste que não se pode fazer uma divisão simples pelo sexo na prevalência das patologias mentais, sem levar em conta as variações individuais e históricas de cada ser. (77)

Há comprovação de que as mulheres apresentam predominância maior na população de doentes mentais. São mais acometidas por psicoses maníacos-depressivas, neuroses, ansiedade, depressão e estados reativos. Já os homens, apresentam taxas mais elevadas de alcoolismo, drogadição e distúrbios graves de personalidade. (37, 77, 114, 142)

Em São Paulo, foi pesquisada a população em geral, sem distinção de classes e a incidência dos distúrbios mentais nas mulheres continuou alta, 24,6% contra 11,7% dos ho-

mens. (1)

Em outros estudos, observa-se predomínio de mulheres em enfermarias de psiquiatria de hospitais gerais, o que foi comprovado nesta pesquisa. (38, 128) Kraepelin, citado por Jaspers, observava maior excitação e recusa de alimentos nas mulheres internadas em relação aos homens. (77)

A população feminina pesquisada no Grupo de Estudo, chega a um total de 22,5% com ocupações denominadas "do lar". Em uma pesquisa sobre a saúde mental do brasileiro, englobando seis capitais, 31,09% das mulheres consideradas "donas de casa", são perturbadas por crises de angústia. O exercício de atividades no cuidado do lar e dos filhos, associadas às repressões culturais, pode gerar este quadro. (1) Numa abordagem do lugar social da mulher e de seu espaço doméstico, Kehl analisa o "doméstico" no sentido de uma casa com filhos. A queixa de irritação e angústia geralmente é centrada nas exigências das tarefas de cuidado e educação dos filhos, que na maioria das vezes "não são sentidas como integradoras". (85)

Uma avaliação feita desta predominância, leva em conta que as mulheres falam sobre seus problemas, principalmente os distúrbios sexuais e procuram os serviços de saúde, em proporções maiores do que os homens. Em outra perspectiva, constata-se esta ocorrência devido a peculiaridades hormonais e psicológicas da mulher, além das culturais. (1, 142)

A mulher, de acordo com sua constituição biológica e principalmente hormonal, está sujeita a uma variedade de alterações psíquicas em suas fases de vida. Manifestações de

nervosismo, irritabilidade e até reações persecutórias, são observadas na puberdade podendo se repetir a cada ciclo menstrual. Durante e após a gravidez (puerpério), podem surgir quadros psicopatológicos, geralmente tendo a gestação como fator desencadeante. A menopausa determina um aumento de distúrbios psicóticos na mulher, comparados com o sexo masculino na mesma faixa etária. (77)

No caso 3, a paciente relata que seu nervosismo e irritação - motivos da internação, afetam suas atividades no lar, "eu não consigo cuidar de nada em casa." A paciente do caso 9, deixa bem claro: "O serviço da casa aumentou e não consegui me sentir bem, fico muito sozinha, cansada com tudo e o marido não me ajuda em nada. O menino de 3 anos me dá um trabalho grande, ele não pára." Esta paciente fez uma tentativa de suicídio. No caso 21,a paciente alega ingerir bebidas alcoólicas por ficar muito sozinha em casa. No caso 22, diz: "Não trabalho porque o marido não deixa e fico o tempo todo em casa, não aguento e bebo pinga prá melhorar." A paciente do caso 36, amasiada há 12 anos, com 4 filhos: "Nenhum homem presta, só querem mandar na gente. Gosto dos meninos, mas me dá um trabalho danado ficar correndo atrás deles."

A mulher sujeita à repressão social, possui fatores constitucionais que podem agravar suas queixas. Para se discutir a saúde mental da mulher é preciso que fiquem claros os conceitos de saúde e doença e os critérios determinantes das alterações. Um cuidado com a medicalização e psiquiatrização da demanda de ajuda se faz necessário. (144)

TABELA 2 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, **segundo a idade (expressa em anos) e o sexo.** Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
0|-20	2 5.00 50.00 8.70	2 5.00 50.00 11.76	4 10.00
20|-30	4 10.00 50.00 17.39	4 10.00 50.00 23.53	8 20.00
30|-40	9 22.50 56.25 39.13	7 17.50 43.75 41.18	16 40.00
40|-50	6 15.00 85.71 26.09	1 2.50 14.29 5.88	7 17.50
50|-60	1 2.50 33.33 4.35	2 5.00 66.67 11.76	3 7.50
>= 60	1 2.50 50.00 4.35	1 2.50 50.00 5.88	2 5.00
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

I- : indica que o valor do último número não está sendo considerado no intervalo.

TABELA 3 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a idade (expressa em anos) e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
0|-20	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
20|-30	5 12.50 62.50 21.74	3 7.50 37.50 17.65	8 20.00
30|-40	8 20.00 57.14 34.78	6 15.00 42.86 35.29	14 35.00
40|-50	6 15.00 66.67 26.09	3 7.50 33.33 17.65	9 22.50
50|-60	2 5.00 40.00 8.70	3 7.50 60.00 17.65	5 12.50
>=60	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

I- : indica que o valor do último número não está sendo considerado no intervalo.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

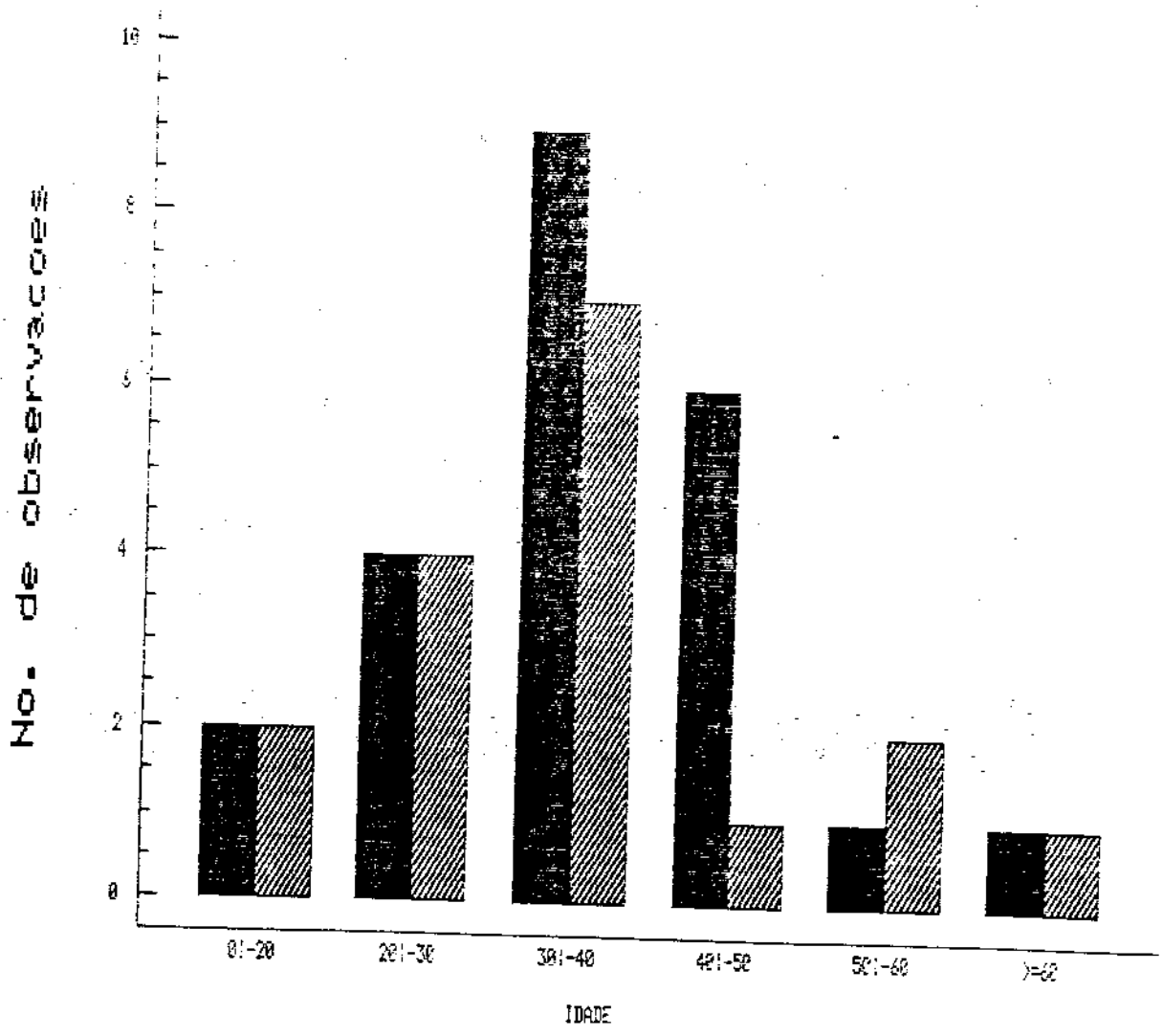

GRÁFICO 1 - Representação gráfica da Tabela 2, dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, onde as barras verticais indicam as frequências (eixo vertical) de cada sexo, em relação à idade expressa em anos (eixo horizontal).

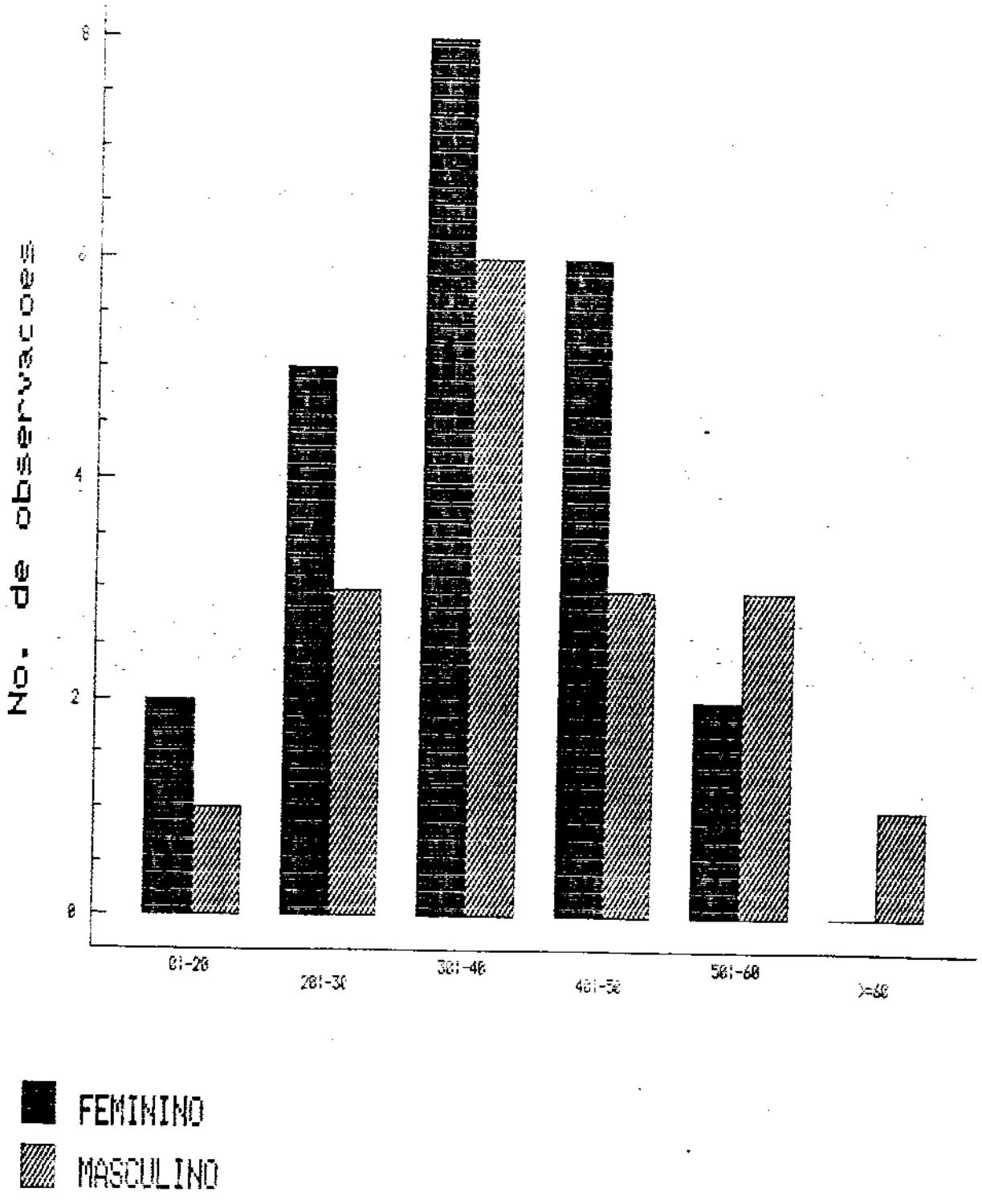

GRÁFICO 2 - Representação gráfica da Tabela 3, dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, onde as barras verticais indicam as frequências (eixo vertical) de cada sexo, em relação à idade expressa em anos (eixo horizontal).

ANÁLISE DAS TABELAS 2 e 3 e dos GRÁFICOS 1 e 2

Dos dados da Tabela 2 verificamos maior percentual, 40%, na faixa etária de 30 - 40 anos, com 9 mulheres e 7 homens. O segundo maior percentual, 20%, é observado na faixa etária de 20 - 30 anos, sendo 4 mulheres e 4 homens.

Na Tabela 3 os dados indicam o maior percentual, 35%, no intervalo de 30 - 40 anos, com 8 mulheres e 6 homens. 22,5% do total de 40 pacientes cardíacos, se encontram na faixa de 40 - 50 anos, sendo 6 mulheres e 3 homens.

Portanto, 70% dos pacientes do Grupo de Estudo e 62,5% do Grupo Controle, têm até 40 anos de idade. Nos dois grupos, constatamos que as patologias mental e cardíaca, atingem o paciente em sua fase economicamente ativa. Os pacientes psiquiátricos são afetados ainda mais jovens, necessitando de internações, medicações e vários tratamentos que os desestimulam ao trabalho, provocam estigmas sociais e podem incapacitá-los para uma vida produtiva e emocionalmente plena.

No estudo das 300 primeiras internações na Enfermaria de Psiquiatria da UNICAMP, Dalgalarrondo constata uma predominância de adultos-jovens, com 53,8% dos pacientes tendo até 30 anos de idade. (37)

TABELA 4 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a cor e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
BRANCO	12 30.00 54.55 52.17	10 25.00 45.45 58.82	22 55.00
PRETO	11 27.50 61.11 47.83	7 17.50 38.89 41.18	18 45.00
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 5 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a cor e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
BRANCO	13 32.50 59.09 56.52	9 22.50 40.91 52.94	22 55.00
PRETO	10 25.00 55.56 43.48	8 20.00 44.44 47.06	18 45.00
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 4 e 5

Verificando os dados da tabela 4, dos pacientes psiquiátricos, observamos 55% de indivíduos de cor branca como o maior percentual, sendo 12 mulheres e 10 homens. Caracterizados com a cor preta, observamos 45%, sendo 11 mulheres e 7 homems.

Observando os dados da Tabela 5, dos pacientes cardíacos, encontramos a mesma porcentagem dos pacientes psiquiátricos, ou seja, 55% de indivíduos de cor branca como o maior percentual (13 mulheres e 9 homens) e 45% de pretos (10 mulheres e 8 homens).

Denominamos indivíduos da cor preta, todos os que não eram brancos, sem fazer distinção de raça. Observamos apenas a cor da pele dos pacientes. (45)

Concluímos haver no Grupo de Estudo e Grupo Controle, um predomínio de pacientes de cor branca, 22 do total em relação aos pacientes de cor preta, 18 do total.

Estes dados ajudam a caracterizar a população pesquisada em consonância com a população geral.

TABELA 6 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a naturalidade (nascimento) e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SAO PAULO	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
CAMPINAS	2 5.00 40.00 8.70	3 7.50 60.00 17.65	5 12.50
INTERIOR DE SAO PAULO	9 22.50 64.29 39.13	5 12.50 35.71 29.41	14 35.00
OUTROS ESTADOS	9 22.50 50.00 39.13	9 22.50 50.00 52.94	18 45.00
EXTERIOR	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 7 - Distribuição dos 40 pacientes cardiacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a naturalidade (nascimento) e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SAO PAULO	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
CAMPINAS	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
INTERIOR DE SAO PAULO	5 12.50 45.45 21.74	6 15.00 54.55 35.29	11 27.50
OUTROS	16 40.00 61.54 69.57	10 25.00 38.46 58.82	26 65.00
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 6 e 7

Na tabela 6, dos pacientes psiquiátricos, os dados demonstram 45% do total, natural de outros estados, onde 9 são mulheres e 9 homens. A segunda maior incidência, 35%, é de pacientes do interior do estado de São Paulo, com 9 mulheres e 5 homens. Apenas 12,5% do total é natural de Campinas, com 2 mulheres e 3 homens. Nesta amostra, há uma paciente do exterior (Caso 32).

Verificando os dados da tabela 7, encontramos 65% do total de pacientes cardíacos natural de outros estados, com 16 mulheres e 10 homens. Os pacientes cuja naturalidade é o interior do estado de São Paulo, ocupam a segunda maior incidência, com 27,5%, onde temos 5 mulheres e 6 homens. Apenas um paciente é natural de Campinas.

Dos pacientes do Grupo de Estudo, nascidos em outros estados (45%), 7 vieram do Nordeste (Sergipe, Bahia, Alagoas, Ceará e Rio Grande do Norte), 6 vieram de Minas Gerais e 5 nasceram no Paraná. 14 pacientes nasceram no interior do estado de São Paulo.

Concluímos que a maioria da população do Grupo de Estudo, 87,5% e do Grupo Controle, 97,5%, é natural de outras cidades fora de Campinas, ou seja, pacientes com uma característica marcadamente migrante.

Alguns estudos epidemiológicos demonstram certa relação entre a migração e a doença mental, no que se refere às adaptaçôes à vida urbano-industrial, mudanças culturais,

marginalidade social e diferenças de classes. (6, 7, 128)

Jaspers afirmava que condições sociais dificultosas, desesperança, sofrimentos sociais contínuos e a luta diária pela vida, pode levar à "pobreza psíquica extrema". (77) Estas são basicamente as características vividas pelos migrantes em nosso país.

Os estudos da "síndrome de desenraizamento" e problemas de aculturação do doente mental, se dividem entre as correntes ambientalistas e os organicistas. Os primeiros acreditam que o meio social faz parte e influencia o psiquismo e os organicistas, possuem uma visão contrária. A diversidade etiológica da doença mental, trouxe uma certa confusão na determinação da migração como consequência de doença mental. Poubel et alii, em ampla revisão do tema, sugerem mais pesquisas a nível nacional e determinação conceitual entre "migrante", "marginalizado social", "carente" e "desassistido". (125)

Almeida Filho, num estudo sobre mudança cultural e psicopatologia, divide a questão em duas abordagens: antropológica, se preocupando com o choque cultural e a marginalização e a sociológica pesquisando o stress urbano, a mudança de vida, apoio social e ascensão social. (5)

Dentro desta perpectiva sociológica, encontramos as igrejas pentecostais, a umbanda e alguns movimentos da igreja católica (Carismáticos e CEBs), que possibilitam a expressão de experiências sociais diferentes. Exercem um apoio ao migrante, um amparo em sua adaptação social. (23, 99, 111, 112, 116).

TABELA 8 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a procedência (residência) e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
CAMPINAS	15 37.50 55.56 65.22	12 30.00 44.44 70.59	27 67.50
INTERIOR DE SAO PAULO	8 20.00 61.54 34.78	5 12.50 38.46 29.41	13 32.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 9 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a procedência (residência) e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
CAMPINAS	12 30.00 50.00 52.17	12 30.00 50.00 70.59	24 60.00
INTERIOR DE SAO PAULO	9 22.50 75.00 39.13	3 7.50 25.00 17.65	12 30.00
SAO PAULO CAPITAL	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
OUTROS ESTADOS	1 2.50 33.33 4.35	2 5.00 66.67 11.76	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 8 e 9

Observando os dados da tabela 8, do Grupo de Estudo, verificamos que 67,5% dos pacientes são procedentes de Campinas, com 15 mulheres e 12 homens. 32,5% do total de pacientes vêm do interior do estado de São Paulo, onde 8 são mulheres e 5 homens.

No grupo Controle, os dados revelam que 60% dos pacientes cardíacos são procedentes de Campinas, onde 12 são mulheres e 12 homens. Encontramos 30% procedentes do interior do estado de São Paulo; 7,5% de outros estados e 2,5% da cidade de São Paulo.

É característica dos dois hospitais onde se realizou a pesquisa (UNICAMP e PUCCAMP), atenderem pacientes da cidade de Campinas e região.

No caso dos pacientes psiquiátricos, as enfermarias de psiquiatria de hospitais gerais, têm o objetivo de atender a uma demanda mais específica. Casos mais graves, associação ou dúvida diagnóstica, pacientes resistentes a tratamentos convencionais, são remetidos para estas enfermarias. A intenção é de proporcionar um atendimento a nível terciário de especialização, por se tratar de hospitais de ensino e pesquisa.

Isto justifica a demanda de pacientes da região, além do fator de ser a cidade de Campinas, um centro de assistência em vários níveis de saúde e econômico.

TABELA 10 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, **segundo a atividade ocupacional e o sexo.** Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
I	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
II	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
III	4 10.00 80.00 17.39	1 2.50 20.00 5.88	5 12.50
IV	9 22.50 100.00 39.13	0 0.00 0.00 0.00	9 22.50
V	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
VI	4 10.00 57.14 17.39	3 7.50 42.86 17.65	7 17.50
VII	3 7.50 20.00 13.04	12 30.00 80.00 70.59	15 37.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 11 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a atividade ocupacional e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
I	2 5.00 50.00 8.70	2 5.00 50.00 11.76	4 10.00
II	0 0.00 0.00 0.00	4 10.00 100.00 23.53	4 10.00
III	2 5.00 33.33 8.70	4 10.00 66.67 23.53	6 15.00
IV	12 30.00 100.00 52.17	0 0.00 0.00 0.00	12 30.00
V	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
VI	3 7.50 60.00 13.04	2 5.00 40.00 11.76	5 12.50
VII	3 7.50 37.50 13.04	5 12.50 62.50 29.41	8 20.00
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

CÓDIGO DAS TABELAS 10 e 11 - ATIVIDADES OCUPACIONAIS

CATEGORIA I - Ocupações não manuais de rotina e assemelhados: almoxarife, auxiliar de escritório, bancário, comerciário, datilógrafo, dono de estabelecimento comercial, escriturário, professor primário, recepcionista, sitiante.

CATEGORIA II - Ocupações manuais especializadas e assemelhadas: alfaiate, cabeleireiro, dono de quitanda, eletricista, mecânico, pedreiro, pintor.

CATEGORIA III - Ocupações manuais não especializadas: ajudante geral, cozinheiro, guarda noturno, porteiro, doméstica.

CATEGORIA IV - Ocupações do lar: dona de casa.

CATEGORIA V - Ocupações não remuneradas: estudante.

CATEGORIA VI - Aposentado.

CATEGORIA VII - Sem ocupações: inativo, desempregado.

ANÁLISE DAS TABELAS 10 e 11

Na tabela 10, os dados indicam o maior percentual, 37,5%, de pacientes na categoria VII, referente à inatividade e desemprego, com 3 mulheres e 12 homens. O segundo maior percentual, 22,5% está na categoria IV, das donas de casa, com 9 mulheres. Ainda temos 17,5% do total de pacientes na categoria VI, dos aposentados, com 4 mulheres e 3 homens. Na categoria III, das ocupações manuais não especializadas, encontramos 12,5% do total de pacientes, onde 4 são mulheres e um homem.

Verificando os dados da tabela 11, do Grupo Controle, observamos que o maior percentual está na categoria IV, das donas de casa, 30%, com 12 mulheres. O segundo maior percentual, 20%, se encontra na categoria VII, dos inativos e desempregados, com 3 mulheres e 5 homens. Na categoria III, das ocupações manuais não especializadas, encontramos 15% do total, com 2 mulheres e 4 homens.

A divisão em categorias das atividades ocupacionais foi adaptada do Manual do Candidato ao Vestibular da UNICAMP de 1992, aproveitando a abrangência das ocupações e facilitando a análise.

Nos dois grupos as maiores incidências são das donas de casa, (22,5% do GE e 30% no GC) e dos inativos e desempregados (37,5% no GE e 20% no GC).

A mulher geralmente é maioria na população total do país. O sexo é uma categoria importante para a análise da

organização social do trabalho. A mulher enquanto grupo social, aparece com 37% no total do mercado de trabalho, enquanto o homem chega a atingir a incidência de 63%. Estas cifras podem estar incompletas, pois se verifica hoje uma redefinição nos papéis familiares, principalmente da mulher, deixando de exercer apenas funções de "esposa-mãe-dona-de-casa". (133)

Em seus estudos sobre a saúde mental e o trabalho, Edith Seligmann considera que o trabalho assalariado, os baixos salários e o sub-emprego, levam a uma deterioração na qualidade de vida. Geram tensões e frustações a nível familiar, pessoal e afetivo. Os baixos salários, a pouca opção de lazer, a falta de condição de manter os filhos estudando, trazem sentimentos de culpa e as exigências de auto-controle no ambiente de trabalho, podem levar a uma explosão de irritabilidade no lar. (132)

As patologias psiquiátrica e cardíaca, geralmente levam o indivíduo à inatividade, gerando o desemprego. Como observado na tabela 2 e 3, os dois grupos são constituídos por jovens. Uma rede de questões sociais e culturais (classe social, escolaridade, migração, etc) e fatores da macro-economia do país, levam os indivíduos às precárias condições de trabalho e baixa produtividade.

TABELA 12 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a renda familiar (em número de salários mínimos) e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
1	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
2	8 20.00 57.14 34.78	6 15.00 42.86 35.29	14 35.00
3	6 15.00 54.55 26.09	5 12.50 45.45 29.41	11 27.50
4	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
7	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
NAO SABE	5 12.50 45.45 21.74	6 15.00 54.55 35.29	11 27.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 13 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a renda familiar (em número de salários mínimos) e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
1	1 2.50 50.00 4.35	1 2.50 50.00 5.88	2 5.00
2	6 15.00 46.15 26.09	7 17.50 53.85 41.18	13 32.50
3	9 22.50 81.82 39.13	2 5.00 18.18 11.76	11 27.50
4	3 7.50 60.00 13.04	2 5.00 40.00 11.76	5 12.50
5	2 5.00 40.00 8.70	3 7.50 60.00 17.65	5 12.50
6	1 2.50 33.33 4.35	2 5.00 66.67 11.76	3 7.50
NAO SABE	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

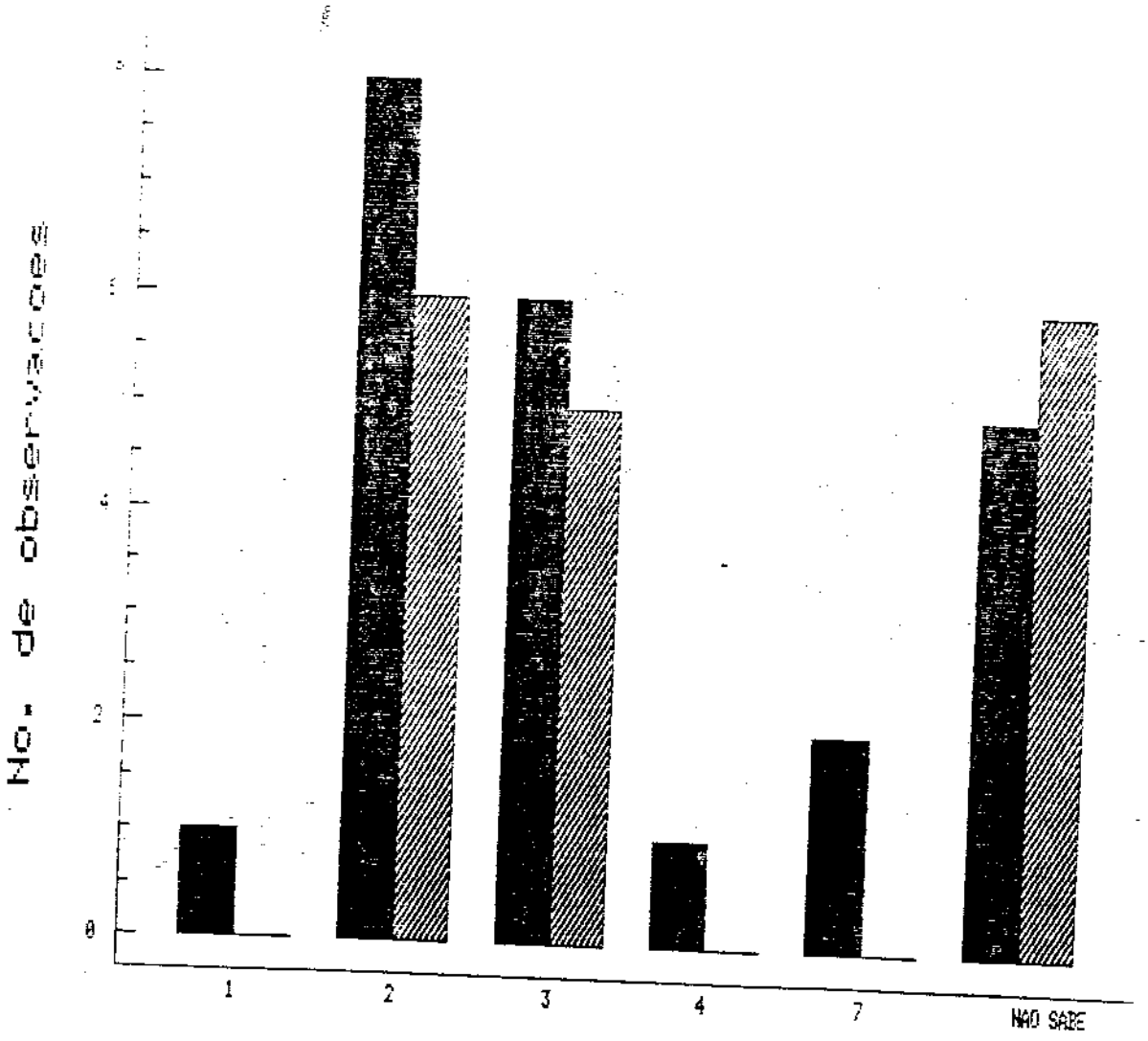

GRÁFICO 3 - Representação gráfica da Tabela 12, dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, onde as barras verticais indicam as frequências (eixo vertical) de cada sexo, em relação à renda familiar expressa em número de salários mínimos (eixo horizontal).

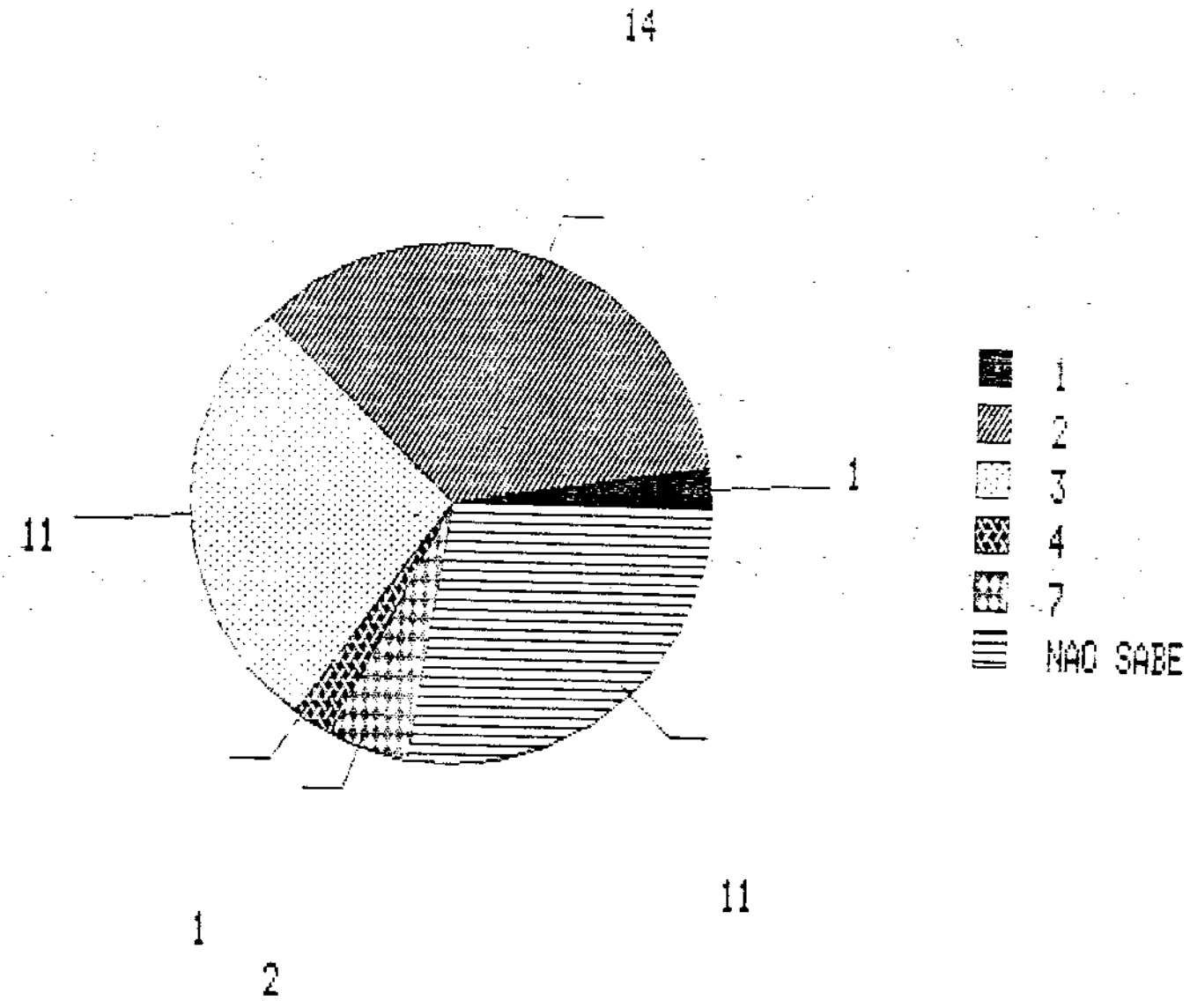

GRÁFICO 4 - Representação gráfica da Tabela 12, dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, onde os números indicados no círculo representam a frequência do total de pacientes, em relação ao número de salários mínimos representados pelos números dos quadrados.

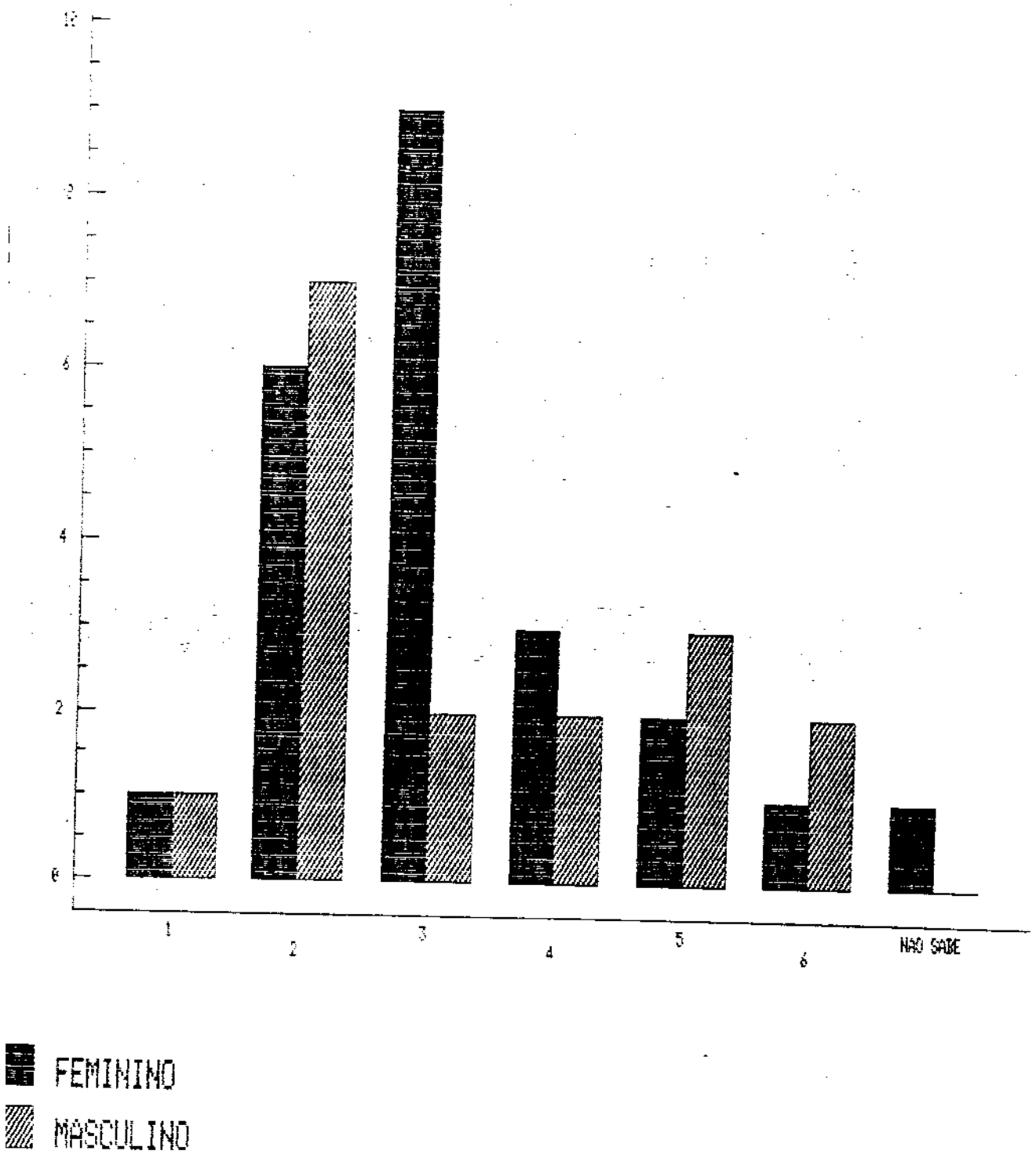

GRÁFICO 5 - Representação gráfica da Tabela 13, dos 40 pacientes cardíacos do Grupo Controle, onde as barras verticais indicam as frequências (eixo vertical) de cada sexo, em relação à renda familiar expressa em número de salários mínimos (eixo horizontal).

ANÁLISE DAS TABELAS 12 e 13 e dos GRÁFICOS 3, 4 e 5

A distribuição de renda familiar, em números de salários mínimos, por sexo nos pacientes do GE da Tabela 4, apresenta maior percentual, 35% entre as pessoas que declararam renda de 2 salários mínimos, sendo 8 mulheres e 6 homens. O número de pacientes que declararam renda de 3 salários mínimos e os que não souberam informar a renda foi o mesmo, 11 pacientes (27,5%).

Na Tabela 5, do GC, a categoria de renda familiar de 2 salários mínimos, também teve a maior frequência, 32,5%, com 6 mulheres e 7 homens. A categoria de 3 salários mínimos teve a segunda maior incidência, 27,5%, onde 9 são mulheres e 2 homens. Apenas uma pessoa não soube informar a renda familiar, 2,5%.

Os pacientes que procuram atendimento nos hospitais públicos, são preferencialmente de classes sociais baixas, por não terem acesso a outros serviços de saúde - condição de grande parcela da atual população brasileira. Como os dois grupos desta pesquisa se encontram nestes hospitais, os dados confirmam esta caracterização. A demanda social dos hospitais psiquiátricos, incluindo as enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais, é historicamente de pacientes de baixa renda. (128)

Taxas totais de distúrbios psiquiátricos, têm sido encontradas nas classes mais baixas (114). Coutinho, numa pes-

quisa de 1976 citada por Almeida, assinala a prevalência elevada de doentes mentais entre as mulheres, os solteiros, analfabetos e migrantes. (7)

A questão da classe social, determinando a incidência de doenças mentais é tratada em diversos estudos. Kaplan, citando um estudo de Faris e Dunham, comenta sobre duas hipóteses: "causação social", onde a classe baixa seria um fator de causa de doença mental e "seleção social", onde a doença mental levaria o indivíduo a participar de um grupo social inferior. O mesmo autor, cita o trabalho de Hollingshead e Redlich, conclusivo em determinar que baixas condições sociais aumentam a frequência dos distúrbios mentais. (82)

Índices de renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos, são encontrados em 62,5% no GE e 60% no GC. Na amostra do GE, observamos 11 pacientes, 5 mulheres e 6 homens, não sabendo informar o número de salários que a família recebe. Este percentual elevado, pode sugerir certo alheamento dos problemas reais e concretos encontrados em alguns pacientes psiquiátricos. O grupo familiar e social destes pacientes é de baixas condições sociais, ficando assim mais expostos à patologia mental, ou se distanciam da produtividade e do trabalho, por já estarem acometidos por estes distúrbios. As hipóteses de causação e seleção social se entrelaçam, ficando às vezes difícil determinar a mais preponderante.

TABELA 14 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a escolaridade e o sexo. Em cada casela encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
ANALFABETO	1 2.50 33.33 4.35	2 5.00 66.67 11.76	3 7.50
MOBRAL	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
I GRAU INCOMPLETO	18 45.00 62.07 78.26	11 27.50 37.93 64.71	29 72.50
I GRAU COMPLETO	1 2.50 33.33 4.35	2 5.00 66.67 11.76	3 7.50
II GRAU INCOMPLETO	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
SUPERIOR INCOMPLETO	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
SUPERIOR COMPLETO	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 15 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, **segundo a escolaridade e o sexo.** Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
ANALFABETO	7 17.50 63.64 30.43	4 10.00 36.36 23.53	11 27.50
I GRAU INCOMPLETO	13 32.50 56.52 56.52	10 25.00 43.48 58.82	23 57.50
I GRAU COMPLETO	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
II GRAU INCOMPLETO	1 2.50 50.00 4.35	1 2.50 50.00 5.88	2 5.00
II GRAU COMPLETO	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
SUPERIOR COMPLETO	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 14 e 15

Nos dados da tabela 14, dos pacientes psiquiátricos, encontramos a maior incidência, 72,5%, com 1º grau incompleto, onde 18 são mulheres e 11 homens. Com a segunda incidência, 7,5%, estão os analfabetos e os com 1º grau completo, tendo respectivamente uma mulher e 2 homens. Um paciente tem curso superior incompleto (caso 2) e uma paciente tem o curso superior completo (caso 7). Citamos a categoria Mobral (caso 12), por não ter mais correspondência com os outros níveis de ensino.

Verificando a tabela 15, os dados demonstram que 75,5% do total tem o 1º grau incompleto, com 13 mulheres e 10 homens. A categoria dos analfabetos tem o segundo maior percentual de 27,5%, com 7 mulheres e 4 homens. Apenas um paciente tem curso superior completo.

Novamente percebe-se a condição cultural baixa dos pacientes nos dois grupos. Chama atenção a grande incidência de pacientes cardíacos analfabetos, 27,5%.

Dalgalarrondo, num estudo das 300 primeiras internações da Enfermaria de Psiquiatria da UNICAMP, encontrou 18,7% no grupo de alta escolaridade (2º grau completo ou mais), o que não é confirmado na nossa amostra. (37)

As igrejas pentecostais, maioria na preferência dos pacientes psiquiátricos, estimula a habilidade de falar em público e a leitura da Bíblia. O estímulo para ler e o de-

senvolvimento da capacidade de expressão, pode ser útil na ascensão social, de acordo com a perspectiva de ajuda destas igrejas às camadas mais pobres. (99)

Em nossa pesquisa, um dos fatos da prevalência recair sobre a baixa escolaridade, pode ser devido à condição que a patologia impõe ao indivíduo, que mesmo com a oportunidade de estímulos de seu grupo religioso, não consegue evoluir neste sentido. Este quadro se associa às baixas condições sócio-culturais e até habilidades pessoais.

TABELA 16 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo o estado civil e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SOLTEIRO	5 12.50 35.71 21.74	9 22.50 64.29 52.94	14 35.00
CASADO	9 22.50 64.29 39.13	5 12.50 35.71 29.41	14 35.00
SEPARADO	3 7.50 75.00 13.04	1 2.50 25.00 5.88	4 10.00
VIUVO	3 7.50 75.00 13.04	1 2.50 25.00 5.88	4 10.00
AMASIADO	3 7.50 75.00 13.04	1 2.50 25.00 5.88	4 10.00
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 17 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo o estado civil e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SOLTEIRO	5 12.50 62.50 21.74	3 7.50 37.50 17.65	8 20.00
CASADO	13 32.50 54.17 56.52	11 27.50 45.83 64.71	24 60.00
SEPARADO	2 5.00 50.00 8.70	2 5.00 50.00 11.76	4 10.00
VIUVO	3 7.50 75.00 13.04	1 2.50 25.00 5.88	4 10.00
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 16 e 17

Na análise dos dados da tabela 16, dos pacientes psiquiátricos, observamos a mesma porcentagem, 35%, nas categorias solteiro (5 mulheres e 9 homens) e casado (9 mulheres e 5 homens). As categorias separado, viúvo e amasiado, tiveram 10% (3 mulheres e um homem) em cada uma.

Na tabela 17, dos pacientes cardíacos, 60% são casados, com 13 mulheres e 11 homens. 20% são solteiros, com 5 mulheres e 3 homens. Nas categorias separado e viúvo, encontramos 10% respectivamente.

Os pacientes psiquiátricos têm uma maioria, 55% no grupo dos solteiros, separados e viúvos. Isto determina um grupo sem vínculo matrimonial. Estes dados estão em consonância com a pesquisa de Dalgalarrondo. (37)

Os dados da pesquisa do professor Josimar França, da Universidade de Brasília, sobre a saúde mental do brasileiro, determinam que: 9,9% dos solteiros; 18,9% dos casados; 21,3% dos viúvos e 20,2% dos separados, apresentam neuroses, angústias e problemas mentais. (1)

Jaspers relatando estatísticas de pacientes internados, enfatizava a maior prevalência de solteiros entre os doentes. As patologias também eram verificadas com maior incidência no grupo de divorciados. (77)

As igrejas, em sua maioria, têm um discurso moralizante em termos de casamento, vida casta, adultério, e sexo

fora ou antes do casamento. As igrejas pentecostais, reforçam este moralismo, aumentando a culpa em relação ao desejo sexual. As proibições em relação às vestimentas e aparência pessoal conservadora do crente, ajudam a impor comportamentos recatados. Procuram casar os adeptos entre si e o adultério é forma de expulsão do crente da comunidade religiosa, descrito pelo paciente do Caso 27. (23, 139)

TABELA 18 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo o número de internações anteriores (expresso em dias) e o sexo. Em cada casela, enontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
0	5 12.50 62.50 21.74	3 7.50 37.50 17.65	8 20.00
1	9 22.50 75.00 39.13	3 7.50 25.00 17.65	12 30.00
2	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00 100.00 11.76	2 5.00
4	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
>= 5	9 22.50 52.94 39.13	8 20.00 47.06 47.06	17 42.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

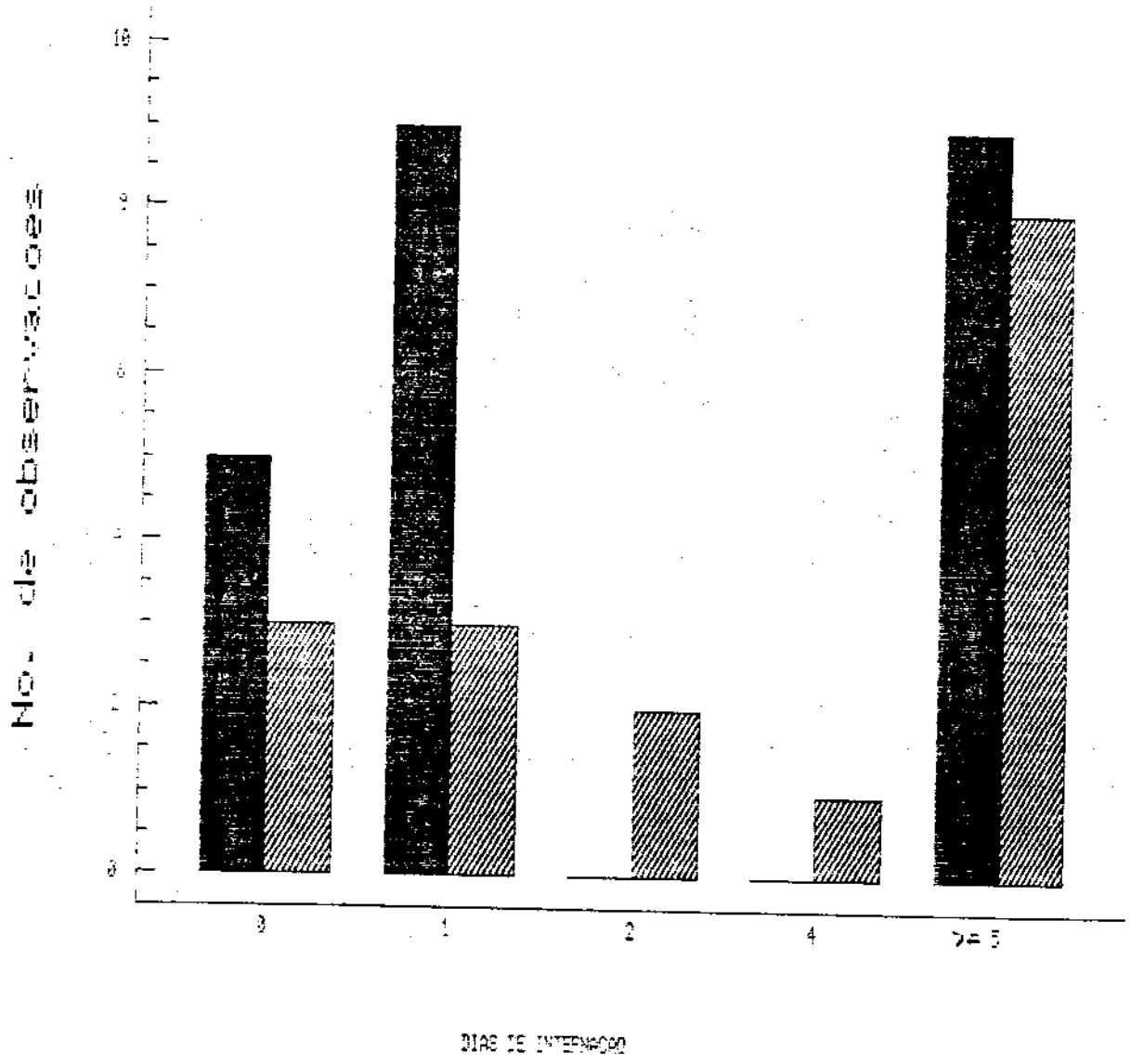

GRÁFICO 6 - Representação gráfica da Tabela 18, dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, onde as barras verticais indicam as frequências (eixo vertical) de cada sexo, em relação ao número de internações anteriores, expresso em dias (eixo horizontal).

ANÁLISE DA TABELA 18 e do GRÁFICO 6

Verificando os dados da tabela 18, observamos que a maior porcentagem, 42,5%, ocorre na categoria de 5 ou mais internações psiquiátricas anteriores, com 9 mulheres e 8 homens. Com 30%, está a categoria de apenas uma internação psiquiátrica anterior, com 9 mulheres e 3 homens. Os pacientes que relataram não ter nenhuma internação anterior, chegam a um total de 20%, com 5 mulheres e 3 homens.

Estes dados comprovam o fator cíclico da doença mental e uma possível falta de tratamentos sequenciais que fazem com que haja reagudizações e necessidades de novas internações. Os fatores sociais também se fazem presentes aqui: as famílias não têm condições gerais de acompanhar o tratamento dos pacientes no lar. O custo das medicações é alto e a maioria das famílias não pode arcar com mais este gasto. Muitas internações são claramente por motivos sociais e falta de contenção familiar ao paciente. (126)

O percentual de 20% de pacientes que nunca foram internados anteriormente, pode estar relacionado à proposta de atendimento das enfermarias de psiquiatria em hospital geral, onde ocorreu esta pesquisa. Dar preferência a pacientes em primeiro surto, visando um melhor tratamento e encaminhamento do caso.

Nesta mesma categoria, Dalgalarrondo, encontrou

34% em sua amostra, alegando que esta população é pouco exposta a tratamentos psiquiátricos. O que vem de encontro aos objetivos de atendimento nestas enfermarias. (37)

TABELA 19 - Distribuição dos 20 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, internados na Enfermaria de Psiquiatria da UNICAMP, segundo a duração da internação (expressa em dias) e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
0 I-I 10	2 10.00 40.00 16.67	3 15.00 60.00 37.50	5 25.00
11 I-I 20	4 20.00 66.67 33.33	2 10.00 33.33 25.00	6 30.00
21 I-I 30	2 10.00 66.67 16.67	1 5.00 33.33 12.50	3 15.00
31 I-I 40	2 10.00 66.67 16.67	1 5.00 33.33 12.50	3 15.00
51 I-I 60	2 10.00 100.00 16.67	0 0.00 0.00 0.00	2 10.00
61 I-I 70	0 0.00 0.00 0.00	1 5.00 100.00 12.50	1 5.00
Total	12 60.00	8 40.00	20 100.00

I-I : indica que os valores dos dois números estão sendo considerados no intervalo.

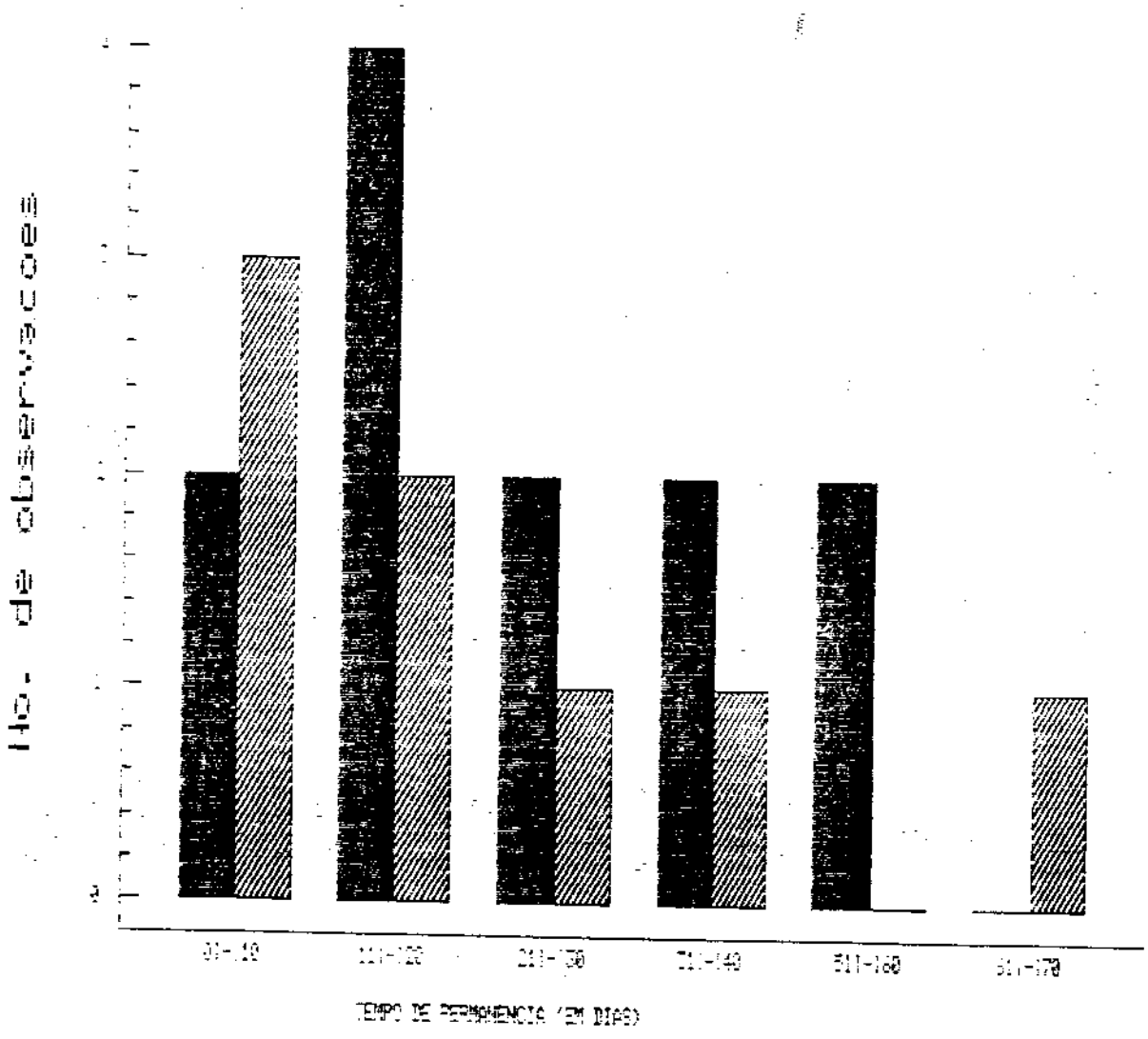

GRÁFICO 7 - Representação gráfica da Tabela 19, dos 20 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, internados na Enfermaria de Psiquiatria da UNICAMP, onde as barras verticais indicam as frequências (eixo vertical) de cada sexo, em relação à duração da internação, expressa em dias (eixo horizontal).

TABELA 20 - Distribuição dos 20 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, internados na Enfermaria de Psiquiatria da PUCCAMP, segundo a duração da internação (expressa em dias) e o sexo.

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
1	0 0.00 0.00 0.00	3 15.00 100.00 33.33	3 15.00
2	3 15.00 100.00 27.27	0 0.00 0.00 0.00	3 15.00
3	2 10.00 66.67 18.18	1 5.00 33.33 11.11	3 15.00
5	1 5.00 50.00 9.09	1 5.00 50.00 11.11	2 10.00
6	1 5.00 25.00 9.09	3 15.00 75.00 33.33	4 20.00
8	2 10.00 100.00 18.18	0 0.00 0.00 0.00	2 10.00
9	0 0.00 0.00 0.00	1 5.00 100.00 11.11	1 5.00
10	1 5.00 100.00 9.09	0 0.00 0.00 0.00	1 5.00
16	1 5.00 100.00 9.09	0 0.00 0.00 0.00	1 5.00
Total	11 55.00	9 45.00	20 100.00

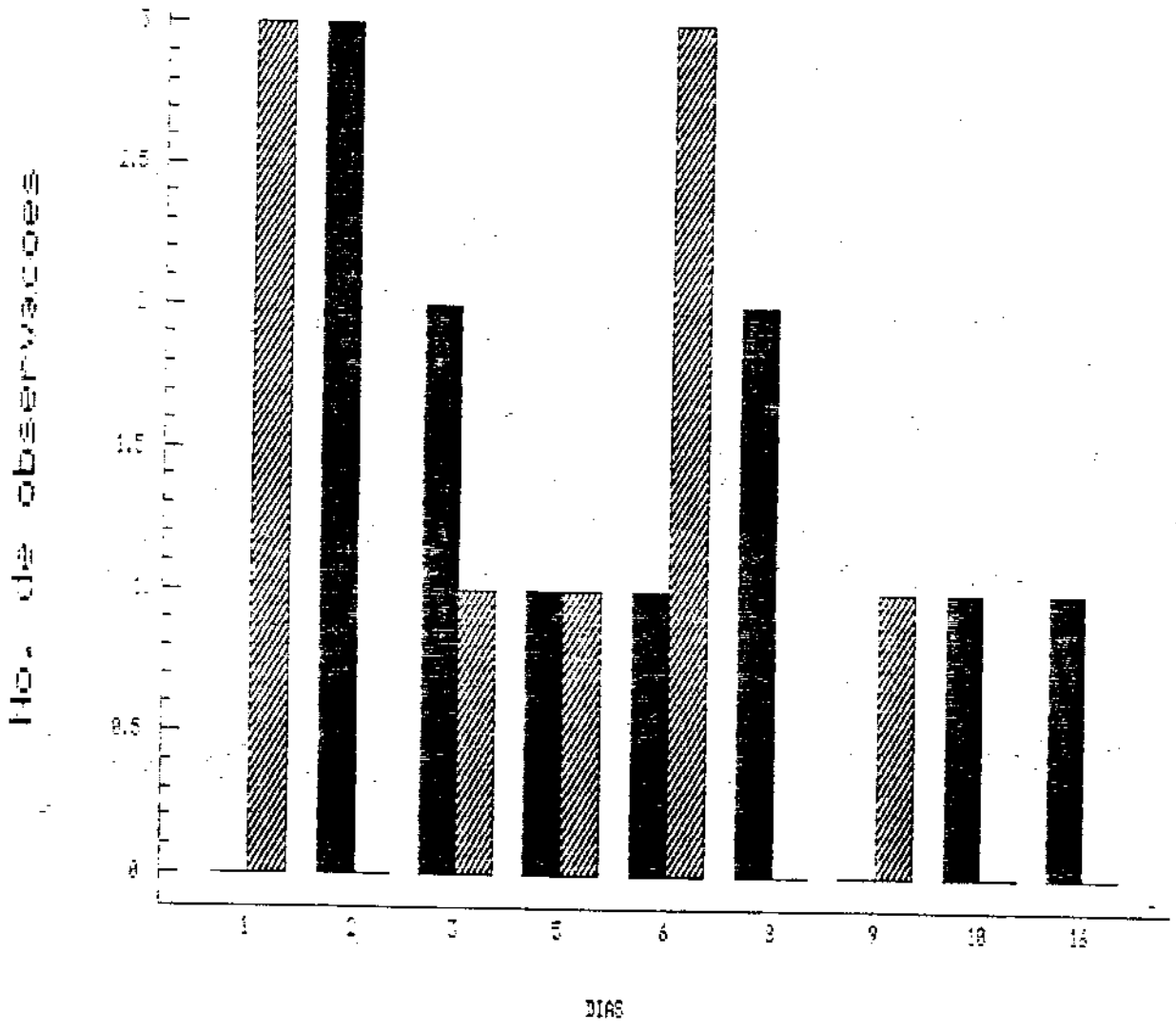

GRÁFICO 8 - Representação gráfica da Tabela 20, dos pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, internados na Enfermaria de Psiquiatria da PUCCAMP, onde as barras veticais indicam as frequências (eixo vertical) de cada sexo, em relação à duração da internação, expressa em dias (eixo horizontal).

ANÁLISE DAS TABELAS 19 e 20 e GRÁFICOS 7 e 8

Os dados da tabela 19 e gráfico 7, dizem respeito apenas aos 20 pacientes internados na Enfermaria de Psiquiatria da UNICAMP. Foi necessária está divisão, de acordo com a proposta de internação das enfermarias da UNICAMP e PUCCAMP, em relação ao tempo de internação dos pacientes. (itens 1.3.1 e 1.3.2 do Capítulo I). Observamos nesta tabela, que 30% dos pacientes permanecem entre 11 e 20 dias internados, onde 4 são mulheres e 2 homens. Também verificamos 30% do total, no período de 21 a 40 dias de internação, sendo 4 mulheres e 2 homens. O segundo maior percentual, 25%, permanece entre 0 e 10 dias internados, 2 mulheres e 3 homens. Importante ressaltar que a maioria do total masculino (37,5%), está na faixa de 0 a 10 dias de internação. A maioria do total feminino (33,33%), está no período de 11 a 20 dias de internação. Apenas um paciente masculino, permaneceu na enfermaria entre 61 e 70 dias (Caso 17).

Na pesquisa de Dalgalarrondo, na mesma enfermaria, chegou-se à média de 19,4 dias de internação. Observou que 64,7% são de internações menores que 21 dias. Na nossa amostra, comprovamos 55% de pacientes no período de 0 a 20 dias de permanência no hospital (37). O mesmo autor, em outro trabalho, expõe três possíveis explicações para a determinação da duração das internações de pacientes nesta enfermaria (UNICAMP): gravidade do quadro psicopatológico; pacientes com re-

sidência é distantes do hospital; filiação religiosa - os pacientes pentecostais tiveram internações mais curtas (rede de solidariedade entre os adeptos) (38).

Na tabela 20 e gráfico 8, encontramos os 20 pacientes da Enfermaria de Psiquiatria da PUCCAMP. Os dados mostram que 45% dos pacientes permaneceu 72 horas internados (proposta desta enfermaria). 55% dos pacientes permaneceram mais de 72 horas. Uma paciente chegou a ficar 16 dias internada (Caso 25).

A internação é vista pelo paciente como um período quase desagradável: "eu quero mesmo é sair daqui". Queixam-se do tempo que permanecem no hospital, insistem nos pedidos de alta e chegam a tentar fugir da enfermaria. Várias frases das observações de enfermagem, refletem a insatisfação do paciente em permanecer internado: "queixa que se sente muito fechado na enfermaria"; "insiste para ir de alta"; "quer ir embora"; "refere que está sufocada na enfermaria, que a única coisa a fazer é fumar"; "agitada, quer ir embora".

Poucos demonstram gostar mais do hospital do que dos próprios lares; às vezes a internação pode trazer ganhos secundários (Caso 10).

TABELA 21 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo os motivos que desencadearam a crise atual e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
BRIGAS	4 10.00 44.44 17.39	5 12.50 55.56 29.41	9 22.50
INGESTAO DE BEBIDAS ALCOOLICAS E/OU DROGAS	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
TRISTEZA, DEPRESSAO, SUICIDIO	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
SENTINDO-SE PERSEGUIDO	5 12.50 50.00 21.74	5 12.50 50.00 29.41	10 25.00
OUVINDO VOZES, FALA E/OU VE DEUS	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
AGITACAO INTERNA, FALA SEM PARAR	3 7.50 100.00 13.04	0 0.00 0.00 0.00	3 7.50
ASSOCIACAO DE MAIS DE UM DESSES FATORES	4 10.00 44.44 17.39	5 12.50 55.56 29.41	9 22.50
OUTROS	4 10.00 100.00 17.39	0 0.00 0.00 0.00	4 10.00
NAO CONSEGUE IDENTIFICAR	1 2.50 50.00 4.35	1 2.50 50.00 5.88	2 5.00
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DA TABELA 21

Estes motivos foram descritos pelo próprio paciente na entrevista e agrupados para efeito de análise.

Na observação dos dados, verificamos que 25% do total de pacientes, descreve como fator desencadeante da crise que motivou a internação atual, a sensação de "sentir-se perseguido" (5 mulheres e 5 homens). "E tinha uma pessoa da alta sociedade me perseguindo"; "minha família me deu um remédio com limão, mel e mais alguma coisa prá que eu moresse."; meu problema é nervo, porque jogaram mandinga em mim"; "tem gente que me persegue desde quando eu tinha 19 anos, e estão assim até hoje."

Na porcentagem de 22,5%, encontramos a categoria "associação de mais de um fator" . Nesta categoria, mesclam-se os motivos e o paciente não consegue identificar apenas um (Casos 2, 8, 13, 19, 22, 27, 31, 37, 38). Relatam: "desemprego, revolta, nervosismo"; "nervosismo por causa de tudo, brigo com meu marido todo dia"; "ouço vozes, vejo o capeta, eu sou o capeta"; "sou nervosa e bebo pinga"; "ando nervosa, a pombagira me persegue e fugi de casa".

Também com a porcentagem de 22,5%, observamos a categoria "brigas". Relatadas nos Casos 1, 9, 12, 16, 20, 21, 29, 34 e 35. São discussões familiares, conjugais, com amigos e sócios.

A sensação de sentir-se perseguido, além da im-

portância psicopatológica, poderia estar associada à característica das igrejas pentecostais que falam muito no demônio, na culpa pelo pecado; às igrejas mediúnicas que têm o discurso da incorporação de espíritos em certas pessoas e na igreja católica que também discute a culpa até por pensamentos inadequados.

TABELA 22 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo o diagnóstico médico (CID 9) na alta hospitalar e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
TRANSTORNOS NEUROTICOS	5 12.50 100.00 21.74	0 0.00 0.00 0.00	5 12.50
TRANSTORNOS DEPRESSIVOS	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
PSICOSES AFETIVAS	2 5.00 50.00 8.70	2 5.00 50.00 11.76	4 10.00
PSICOSES ESQUIZOFRENICAS	1 2.50 11.11 4.35	8 20.00 88.89 47.06	9 22.50
OUTRAS PSICOSES NAO ORGANICAS	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
DEPENDENCIA AO ALCOOL	3 7.50 100.00 13.04	0 0.00 0.00 0.00	3 7.50
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
DUVIDA DIAGNOSTICA	6 15.00 54.55 26.09	5 12.50 45.45 29.41	11 27.50
ASSOCIACAO DIAGNOSTICA	4 10.00 100.00 17.39	0 0.00 0.00 0.00	4 10.00
NAO CONSTA NO PRONTUARIO	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DA TABELA 22

Os dados da tabela 22, foram colhidos no prontuário do paciente, de acordo com o CID-9.

A maior porcentagem encontrada está na categoria "dúvida diagnóstica", 27,5%, onde aparece mais de um diagnóstico diferente para cada paciente.

A segunda maior porcentagem está nas "psicoses esquizofrênicas", 22,5%, com uma mulher e 8 homens. Em estudos recentes, verifica-se a incidência de esquizofrenia entre 1 e 7 casos novos para 10.000 habitantes por ano. O início da doença tende a ser mais precoce nos homens e o curso mais brando nas mulheres. (98)

Os "transtornos neuróticos", atingem 12,5% com 5 mulheres e nenhum homem. Confirma-se a tendência de um maior número de neuroses entre as mulheres, como visto na Tabela 1.

A maioria do total feminino, 26,09% (6 mulheres) está na categoria "dúvida diagnóstica". A maioria do total masculino, 47,06% (8 homens), está nas "psicoses esquizofrênicas".

Cabe ressaltar que nesta amostra, não apareceu nenhum homem com o diagnóstico de "síndrome de dependência do álcool", enquanto a frequência nesta categoria foi de 3 mulheres (7,5%). O que é geralmente o contrário, a maioria dos alcoolistas serem do sexo masculino (7, 128).

Há uma tendência em se evitar a internação de pa-

cientes alcoolistas na enfermaria de Psiquiatria da UNICAMP, de acordo com a proposta de atendimento a nível terciário mais especializado. Estes pacientes, com incidência grande, ocupariam em demasia os leitos, prejudicando a pesquisa e o ensino, visto que o tratamento básico oferecido nestes casos a nível de internação é a desintoxicação.

TABELA 23 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a religião que frequenta e o sexo. Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
CATOLICA	6 15.00 66.67 26.09	3 7.50 33.33 17.65	9 22.50
CONGREGACAO CRISTA DO BRASIL	3 7.50 75.00 13.04	1 2.50 25.00 5.88	4 10.00
ASSEMBLEIA DE DEUS	2 5.00 33.33 8.70	4 10.00 66.67 23.53	6 15.00
IGREJA DO EVANGELHO QUADRANGULAR	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
IGREJA UNIVERSAL DO REINO DE DEUS	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
DEUS E AMOR	1 2.50 33.33 4.35	2 5.00 66.67 11.76	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

(Continua)

TABELA 23 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a religião que frequenta e o sexo. (continuação)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
IGREJA EVANGELICA NAZARENO CENTRAL	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
TESTEMUNHA DE JEOVA	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
ESPIRITA	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
UMBANDA	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 24 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a religião que frequenta e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
CATOLICA	14 35.00 51.85 60.87	13 32.50 48.15 76.47	27 67.50
CONGREGACAO CRISTA DO BRASIL	1 2.50 50.00 4.35	1 2.50 50.00 5.88	2 5.00
ASSEMBLEIA DE DEUS	3 7.50 75.00 13.04	1 2.50 25.00 5.88	4 10.00
IGREJA UNIVERSAL DO REINO DE DEUS	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
DEUS E AMOR	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
TESTEMUNHA DE JEOVA	1 2.50 50.00 4.35	1 2.50 50.00 5.88	2 5.00
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAs TABELAs 23 e 24

Os dados da Tabela 23, mostram que a maioria dos pacientes psiquiátricos (GE) são pentecostais, 45%, com 9 mulheres e 9 homens. Dividem-se nas igrejas: 15% na Assembléia de Deus; 10% na Congregação Cristã do Brasil; 7,5% na Igreja Universal do Reino de Deus; 7,5% na Deus é Amor; 2,5% na Igreja do Evangelho Quadrangular e 2,5% na Igreja Evangélica Nazareno Central. Nesse grupo, 22,5% são Católicos, onde 6 são mulheres e 3 homens. Na Umbanda encontramos 7,5%; na Testemunha de Jeová 5% e na Espírita 2,5%. Alegando não ter religião, encontramos 17,5% pacientes psiquiátricos, sendo 3 mulheres e 4 homens.

Os dados da Tabela 24 do GC, indicam a maior porcentagem para os pacientes católicos, 67,5%, sendo 14 mulheres e 13 homens. 20% destes pacientes são pentecostais, 6 mulheres e 2 homens. Distribuem-se: 10% na Assembléia de Deus; 5% na Congregação Cristã do Brasil; 2,5% na Igreja Universal do Reino de Deus e 2,5% na Deus é Amor. Da Testenhuma de Jeová, encontramos 5% dos pacientes cardíacos e apenas 7,5% disseram não ter religião.

Numa reportagem da revista Veja de 1990, intitulada "A fé que move multidões avança no país", encontramos os seguintes números para o total da população brasileira: 3% era protestante há 40 anos. Hoje, são mais de 10%, num total de 16 milhões de adeptos. A Assembléia de Deus é considerada a maior igreja pentecostal, com um total de 8 milhões de brasi-

leiros. Na mesma reportagem, um porta-voz do Vaticano, afirma um crescimento de 500% das seitas protestantes na América Latina. (2) Estes dados são comprovados nos estudos de Lima e na reportagem "Católicos em guerra santa" da IstoÉ, de maio de 1993. (32, 92)

Em dados do IBGE referentes a 1980, encontramos na população do estado de São Paulo: 86,6% de católicos; 2,8% protestantes históricos; 4,4% pentecostais e 1,7% no grupo das religiões mediúnicas. No mesmo ano, encontramos especificamente na cidade de Campinas: 85,8% de católicos; 7,7% de protestantes (históricos e pentecostais) e 1,8% nas religiões mediúnicas. (33, 36)

No GE, 17,5% afirmam não ter religião. Os pacientes falam de uma desilusão - caso 2: "Não gosto do sistema de igrejas, é muita politicagem e isso fez com que eu me afastasse." Caso 5: "Deus não resolve muito, não acredito que haja nada de bom e melhora de vida pela igreja." Caso 26: "Não sei se acredito em Deus, essas coisas, parece tudo muito distante de mim." Caso 37: "Não tenho mais fé, não acredito e não participo de nada na igreja."

Os pacientes psiquiátricos podem estar procurando mais o grupo religioso pentecostal pelas características destas igrejas, determinantes de diversos comportamentos dos adeptos, que serão melhor comentados nas tabelas 39 e 40.

TABELA 25 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, **segundo a participação em práticas religiosas coletivas e o sexo.** Em cada casela, encontra-se: a frequência absoluta da resposta; o percentual em relação ao total da resposta; o percentual em relação à linha e o percentual em relação à coluna.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	20 50.00 68.97 86.96	9 22.50 31.03 52.94	29 72.50
NAO	0 00.00 00.00 00.00	4 10.00 100.00 23.53	4 10.00
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 66.67 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 26 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a participação em práticas religiosas coletivas e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	20 50.00 62.50 86.96	12 30.00 37.50 70.59	32 80.00
NAO	1 2.50 20.00 4.35	4 10.00 80.00 23.53	5 12.50
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 25 e 26

Para efeito de análise dos dados, chamamos práticas religiosas coletivas: missas, cultos, sessões, estudos bíblicos, novenas, rezas e terços no interior da igreja.

Na tabela 25, dos pacientes psiquiátricos, 72,5% do total, afirmou participar de práticas religiosas coletivas. 12,5% relatou que não participa destas práticas, sendo uma mulher e 4 homens.

Na tabela 26, dos pacientes cardíacos, 80% dizeram que participam das práticas religosas coletivas, com 20 mulheres e 12 homens. Apenas 12,5% negou esta participação, sendo uma mulher e 4 homens.

Não houve diferença entre os grupos, provalvelmente porque a maioria dos pacientes do Grupo Controle (67,5%), são católicos e os fiéis desta igreja têm o hábito de manifestações coletivas, assim como os pentecostais.

"Vou ao culto duas vezes por semana"; "assisto os cultos, canto, oro com eles"; "rezo muito, tenho muita fé"; "assisto o culto, gosto dos hinos"; "vou ao culto toda terça e domingo"; "vou à missa todo domingo"; "lá a gente estuda e ensino as crianças".

TABELA 27 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a leitura da Bíblia e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	9 22.50 64.29 39.13	5 12.50 35.71 29.41	14 35.00
NAO	11 27.50 57.89 47.83	8 20.00 42.11 47.06	19 47.50
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 28 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a leitura da Bíblia e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	8 20.00 61.54 34.78	5 12.50 38.46 29.41	13 32.50
NAO	13 32.50 54.17 56.52	11 27.50 45.83 64.71	24 60.00
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 29 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo o ato de fazer doações à igreja e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	12 30.00 70.59 52.17	5 12.50 29.41 29.41	17 42.50
NAO	8 20.00 50.00 34.78	8 20.00 50.00 47.06	16 40.00
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 30 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo o ato de fazer doações à igreja e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	8 20.00 66.67 34.78	4 10.00 33.33 23.53	12 30.00
NAO	13 32.50 52.00 56.52	12 30.00 48.00 70.59	25 62.50
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 31 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo o ato de receber doações da igreja e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	5 12.50 62.50 21.74	3 7.50 37.50 17.65	8 20.00
NAO	15 37.50 60.00 65.22	10 25.00 40.00 58.82	25 62.50
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 32 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo o ato de receber doações da igreja e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	4 10.00 66.67 17.39	2 5.00 33.33 11.76	6 15.00
NAO	17 42.50 54.84 73.91	14 35.00 45.16 82.35	31 77.50
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 33 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo o ato de fazer pregações e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	4 10.00 57.14 17.39	3 7.50 42.86 17.65	7 17.50
NAO	16 40.00 61.54 69.57	10 25.00 38.46 58.82	26 65.00
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 34 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo o ato de fazer pregações e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
NAO	19 47.50 55.88 82.61	15 37.50 44.12 88.24	34 85.00
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 35 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo o hábito de assistir a programas religiosos no rário e TV e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	10 25.00 76.92 43.48	3 7.50 23.08 17.65	13 32.50
NAO	10 25.00 50.00 43.48	10 25.00 50.00 58.82	20 50.00
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 36 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo o hábito de assistir a programas religiosos no rádio e TV e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	6 15.00 75.00 26.09	2 5.00 25.00 11.76	8 20.00
NAO	15 37.50 51.72 65.22	14 35.00 48.28 82.35	29 72.50
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 27, 28, 29,30, 31, 32, 33,34,35 e 36

Na tabela 27, 35% do total de pacientes psiquiátricos responderam que lêem a Bíblia, sendo 9 mulheres e 5 homens. Na tabela 28, 32,5% do total de pacientes cardíacos responderam positivamente à leitura da Bíblia. Concluímos que não houve diferença nos dois grupos nesta pergunta. (21, 83, 87)

Na tabela 29, 42,5% dos pacientes psiquiátricos responderam que fazem doações à igreja. 40% não faz doações. No Grupo Controle, tabela 30, 30% disseram que fazem doações e 62,5% afirmou não fazer. Nota-se aqui uma diferença entre os dois grupos, provavelmente em relação aos pacientes pentecostais (maioria dos psiquiátricos), que seguem mais este princípio. Todos os pacientes que fazem doações à igreja, afirmaram que não há obrigatoriedade.

Na tabela 31, 20% dos pacientes do Grupo de Estudo afirmaram receber doações da igreja, enquanto 62,5% não recebem. Na tabela 32, 15% dos pacientes cardíacos disseram receber doações da igreja e 77,5% alegaram não receber. Novamente uma diferença que pode estar associadas às igrejas pentecostais, que mantêm uma rede de solidariedade entre seus adeptos.

Em relação às doações, os pacientes afirmam que doam roupas, alimentos e dinheiro (muitas igrejas exigem o pagamento do dízimo, referente a 10% do salário ganho pelo adepto). Nenhum paciente afirmou receber dinheiro da igreja, apenas roupas, alimentos e "saúde".

Na tabela 33, dos pacientes psiquiátricos, 17,5%

afirmou fazer pregações na rua ou em casas; 65% respondeu negativamente. Na Tabela 34, dos pacientes cardíacos, apenas 7,5% delcarou fazer pregações, enquanto 85% respondeu que não tem esta prática. Uma das características das igrejas pentecostais é a pregação da palavra de Jesus nas praças e até em ônibus. Os que participam da Testemunha de Jeová, também fazem pregações, porém nas casas. "Já fiz pregação na rua. Eu gosto de falar alto, enche de gente na praça."; diz que sua missão é evangelizar e já fez pregações na praça - Caso 17; tem participação ativa na igreja, faz pregações na praça - Caso 27; "lá a gente estuda bastante e prega a palavra de Jesus de porta em porta"; "Gosto de louvar a Deus, esperar sua vinda e prego essas coisas pras pessoas nas casas.".

Ao orientar a pregação, as igrejas pentecostais e da Testemunha de Jeová, estimulam seus adeptos a desenvolver a expressão verbal, a desinibição e até o estudo, a alfabetização. Isto faz parte da opção destas igrejas pela melhoria de condições de vida em geral de seus adeptos. (23, 64, 100, 111, 139)

Na tabela 35, do Grupo de Estudo, 32,5% assistem programas religiosos no rádio e na TV, enquanto 50%, respondeu negativamente. Na tabela 36, do Grupo Controle, 20% assistem aos programas e 72,5% não assistem. Várias igrejas pentecostais mantêm redes de rádio e TV, para expandir o número de seus adeptos e transmitir suas mensagens. Vale esclarecer que estas mesmas igrejas proibem os adeptos de assistir TV, porém apenas quando os programas não sejam religiosos. (92, 106)

TABELA 37 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a participação em práticas religiosas individuais e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
POSSUI DONS,RECEBE ESPIRITOS	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
FAZ CONFISSOES	5 12.50 71.43 21.74	2 5.00 28.57 11.76	7 17.50
HA PROIBICOES	7 17.50 46.67 30.43	8 20.00 53.33 47.06	15 37.50
HOUVE TESTEMUNHO	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
DONS E PROIBICOES	4 10.00 100.00 17.39	0 0.00 0.00 0.00	4 10.00
TESTEMUNHOS E PROIBICOES	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
NAO HA PROIBICOES	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 38 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a participação em práticas religiosas individuais e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
FAZ CONFISSOES	10 25.00 66.67 43.48	5 12.50 33.33 29.41	15 37.50
HA PROIBICOES	6 15.00 75.00 26.09	2 5.00 25.00 11.76	8 20.00
NAO HA PROIBICOES, DONS	5 12.50 35.71 21.74	9 22.50 64.29 52.94	14 35.00
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 37 e 38

Por práticas relgiosas individuais, definimos: recebimento de dons e espíritos, confissão, seguir proibições e ouvir testemunho de outros fiéis. Quem faz o testemunho, admite publicamente a adesão às doutrinas da igreja.

Na tabela 37, verificamos que 37,5% (7 mulheres e 8 homens) do total de pacientes psiquiátricos, afirmaram haver proibições na igreja. 17,5% fazem confissões e 10% afirmaram receber dons e seguir as proibições.

Na tabela 38, os dados confirmam que 37,5% fazem confissão. 35% afirmam que a igreja que frequentam não tem proibições e que não recebem dons. 20% confirmam haver proibições em suas igrejas. A igreja católica, preferência maior dos pacientes cardíacos, tem a prática da confissão, o que justifica um número elevado nesta amostra.

Dos pacientes psiquiátricos que responderam haver proibições em suas igrejas, percebemos nas entrevistas, que nem todos cumprem. "Vestido e saia na crente pode, não pode é calça comprida, batom, essas pinturas na cara."; Comenta que a igreja orienta não fumar e não assistir TV. - Caso 19; "não pode escandalizar a igreja. Mulher com pintura, roupa curta. Toda 6ª-feira tem expulsão de quem cometeu o adultério."; "lá, eles proibem tudo, calça comprida, brinco, anel, pulseira, eles falam que na igreja deles tem que ser diferente, que a gente não é do mundo, que essas coisas não são de Deus."

No movimento Carismático da igreja Católica, também há o recebimento de dons (carismas): "Fui a São Paulo no ano passado, na festa carismática e falei em línguas e sinto que o Jesus me curou." Nas pentecostais: caso 1, 31, 36.

Alguns pacientes comentam que outras pessoas da igreja receberam os dons e os ajudaram: "muitos lá receberam o dom da cura e me curaram".

TABELA 39 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo os motivos para mudar ou frequentar outra religião e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
BUSCANDO CURA	9 22.50 64.29 39.13	5 12.50 35.71 29.41	14 35.00
CONVITE VIZINHO, AMIGOS	2 5.00 50.00 8.70	2 5.00 50.00 11.76	4 10.00
NAO MUDOU DE RELIGIAO	3 7.50 50.00 13.04	3 7.50 50.00 17.65	6 15.00
CURIOSIDADE	4 10.00 80.00 17.39	1 2.50 20.00 5.88	5 12.50
BUSCANDO CONFORTO, FORCA PARA VENCER	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
OUTROS	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 40 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo os motivos para mudar ou frequentar outra religião e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
BUSCANDO CURA	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
CONVITE VIZINHO, AMIGO	1 2.50 100.00 4.35	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
NAO MUDOU DE RELIGIAO	12 30.00 48.00 52.17	13 32.50 52.00 76.47	25 62.50
CURIOSIDADE	3 7.50 75.00 13.04	1 2.50 25.00 5.88	4 10.00
BUSCANDO CONFORTO, FORÇA PARA VENCER	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
OUTROS	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
FAMILIA	2 5.00 100.00 8.70	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 39 e 40

Verificando os dados da Tabela 39 do GE, observamos que 35% dos pacientes psiquiátricos mudou de religião "buscando cura", sendo 9 mulheres e 5 homens. 15% do total dos 40 pacientes entrevistados neste grupo, não mudou de religião. 12,5% mudou por curiosidade.

Na Tabela 40 do GC, a maior porcentagem encontrada é de pacientes que não mudou de religião, 62,5%, onde 12 são mulheres e 13 homens. 10% alega ter mudado de religião por curiosidade. Dos pacientes cardíacos, 2,5% mudaram de religião "buscando cura".

As características de determinadas igrejas, levam os pacientes psiquiátricos a procurá-las, até numa clara intenção de cura para seus sofrimentos.

Em alguns casos esta busca da cura surte algum efeito. No caso 1, a paciente diz procurar paz, conforto, solução para suas dúvidas na igreja. "Sinto sempre a melhora e a cura com a entrada em alguma igreja e com o rompimento, a não participação, vem a tristeza, a dor, a doença." Esta paciente já participou de cinco igrejas. O caso 4 é de uma católica da renovação carismática: "Eu consigo falar na língua que o Espírito Santo quer e tenho o poder da cura, que ele me deu e eu me curei." Caso 9 "Eu vou prá me sentir feliz e eles dizem que vão ajudar a gente a ficar calmo, arrumar emprego e curar as doenças."

O discurso de algumas igrejas, principalmente as

pentecostais, é voltado grandemente para a cura divina. Caso 12: "fui buscando palavra de conforto para o espírito e encontrei lá." Caso 14: "melhorou a cabeça na crente, eu fiquei boa." Caso 27: "Muitos lá receberam o dom da cura e me curaram, já não tenho mais nada na cabeça, só o nervosismo." Caso 31: "Lá o Espírito Santo me acompanha e não me deixa ficar louca de vez."

Há casos em que a cura não ocorre, onde se exacerbam alguns sintomas. A procura da Umbanda - caso 3: "Eles deram passes, jogaram fumaça na minha cara, cantaram, falaram com os espíritos, mas não adiantou nada e estou aqui, no hospital de doido." No caso 6, observamos: "Quando as coisas pioraram muito, os vizinhos e a família me levaram na Umbanda, faz uns 2 anos. Fizeram uma roda de fogo, colocaram eu e minha mulher no meio de costas e cantaram, rezaram e baixou o espírito, aí de lá prá cá a gente vive quase separado (...) Eu ia buscando a paz e fui ficando mais triste."

Em relação às pentecostais, observamos no caso 17: "não me curaram nada e me estorvou mais." Caso 22: "Eu rezo, canto com eles, parece que fico melhor lá, mas depois volta tudo, sarar de vez não acontece." Caso 25: "Fico com medo quando falam do diabo." Caso 28 de um paciente persecutório: "Mas nem lá adianta, não tenho sossego, eles ficam atrás de mim lá também." Caso 33: "falaram que eu ia melhorar e não melhorei nada. Não sou doido, eu queria arrumar emprego e namorada e não aconteceu nada." Caso 39: "Era da Cruzada (Igreja do Evangelho Quadrangular) e desviei prá Assembléia, por isso fiquei doente."

TABELA 41 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a melhora na saúde depois da mudança de religião e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
MELHORA	10 25.00 71.43 43.48	4 10.00 28.57 23.53	14 35.00
PIORA	1 2.50 25.00 4.35	3 7.50 75.00 17.65	4 10.00
INALTERADA	6 15.00 66.67 26.09	3 7.50 33.33 17.65	9 22.50
NAO MUDOU	3 7.50 50.00 13.04	3 7.50 50.00 17.65	6 15.00
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 42 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo melhora na saúde depois da mudança de religião e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
MELHORA	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 100.00 5.88	1 2.50
INALTERADA	9 22.50 81.82 39.13	2 5.00 18.18 11.76	11 27.50
NAO MUDOU DE RELIGIAO	12 30.00 48.00 52.17	13 32.50 52.00 76.47	25 62.50
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 43 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo ligação da doença com a religião e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
SIM	2 5.00 50.00 8.70	2 5.00 50.00 11.76	4 10.00
NAO	18 45.00 62.07 78.26	11 27.50 37.93 64.71	29 72.50
NAO TEM RELIGIAO	3 7.50 42.86 13.04	4 10.00 57.14 23.53	7 17.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

TABELA 44 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a ligação da doença com a religião e o sexo.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	FEMININO	MASCULINO	Total
NAO	21 52.50 56.76 91.30	16 40.00 43.24 94.12	37 92.50
NAO TEM RELIGIAO	2 5.00 66.67 8.70	1 2.50 33.33 5.88	3 7.50
Total	23 57.50	17 42.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 41,42,43 e 44

Na tabela 41, do GE, 35% do total afirma ter tido melhora na saúde com a mudança de religião (10 mulheres e 4 homens). 22,5% percebem a saúde inalterada e 10% tiveram piora da saúde.

Na tabela 42, do GC, 27,5% comentam que a saúde se manteve inalterada com a mudança de religião. Apenas 2,5% afirmam ter tido melhora na saúde e nenhum paciente teve piora.

Na tabela 43, do GE, 72,5% não percebem ligação de suas patologias com a religião que frequentam (18 mulheres e 11 homens). 10% respondeu afirmativamente (duas mulheres e dois homens).

Na tabela 44, do GC, 92,5% dos pacientes respondeu que não há ligação de suas doenças com a religião, e nenhum paciente respondeu que há esta ligação.

Estes dados revelam a ambiguidade dos pacientes psiquiátricos, ao entender seu processo de adoecimento e suas convicções religiosas. (41, 46, 64, 95).

TABELA 45 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a participação em práticas religiosas individuais e a melhora na saúde depois da mudança de religião.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	MELHORA	PIORA	INALTERADA	NAO MUDOU	NAO TEM RELIGIAO	Total
POSSUI DONS, RECEBE ESPIRITOS	1 2.50 33.33 7.14	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 33.33 11.11	1 2.50 33.33 16.67	0 0.00 0.00 0.00	3 7.50
FAZ CONFISSOES	1 2.50 14.29 7.14	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 14.29 11.11	5 12.50 71.43 83.33	0 0.00 0.00 0.00	7 17.50
HA PROIBICOES	5 12.50 33.33 35.71	4 10.00 26.67 100.00	6 15.00 40.00 66.67	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	15 37.50
HOUVE TESTEMUNHO	1 2.50 100.00 7.14	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
DONS E PROIBICOES	4 10.00 100.00 28.57	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	4 10.00
TESTEMUNHOS E PROIBICOES	1 2.50 100.00 7.14	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50
NAO HA PROIBICOES, DONS	1 2.50 50.00 7.14	0 0.00 0.00 0.00	1 2.50 50.00 11.11	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	2 5.00
NAO TEM RELIGIAO	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	7 17.50 100.00 100.00	7 17.50
Total	14 35.00	4 10.00	9 22.50	6 15.00	7 17.50	40 100.00

TABELA 46 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a participação em práticas religiosas individuais e a melhora na saúde depois da mudança de religião.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	MELHORA	INALTERADA	NAO MUDOU	NAO TEM RELIGIAO	Total
FAZ CONFISSOES	0 0.00 0.00 0.00	3 7.50 20.00 27.27	12 30.00 80.00 48.00	0 0.00 0.00 0.00	15 37.50
HA PROIBICOES	0 0.00 0.00 0.00	7 17.50 87.50 63.64	1 2.50 12.50 4.00	0 0.00 0.00 0.00	8 20.00
NAO HA PROIBICOES, DONS	1 2.50 7.14 100.00	1 2.50 7.14 9.09	12 30.00 85.71 48.00	0 0.00 0.00 0.00	14 35.00
NAO TEM RELIGIAO	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	3 7.50 100.00 100.00	3 7.50
Total	1 2.50	11 27.50	25 62.50	3 7.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 45 e 46

Na análise deste cruzamento, observa-se que 35% dos pacientes do GE, consideraram que houve melhora na saúde depois que mudaram de religião, sendo esta categoria de maior percentual. Entre estes, a maior incidência, 35,71% (5 pacientes) ocorreu na categoria "há proibições" .

37,5% dos pacientes psiquiátricos declararam que "há proibições" na igreja que frequentam, sendo esta a categoria de maior percentual. Dentre estes, 33,33% responderam que houve melhora na saúde depois que mudaram de religião; 26,67% responderam que pioraram e 40% consideraram não haver alteração na saúde.

No GC, dos pacientes cardíacos,, observa-se que a maioria não mudou de religião, sendo 62,5% do total, ou seja 25 dos 40 pacientes. Vale ressaltar que houve apenas um caso de melhora na saúde depois da mudança de religião, equivalente a 2,5%; 27,5% consideraram a saúde inalterada e 7,5% não tinham religião.

A vinculação da melhora na saúde com as proibições da igreja, podem ocorrer pelo caráter normatizador destas. Os pacientes adquirem os limites que estão perdendo ao seguir as regras e normas impostas pela igreja.

TABELA 47 - Distribuição dos 40 pacientes psiquiátricos pertencentes ao Grupo de Estudo, segundo a ligação da doença com a religião e a melhora na saúde depois da mudança de religião.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	MELHORA	PIORA	INALTE-RADA	NAO MU-DOU	NAO TEM RELIGIAO	Total
SIM	1 2.50 25.00 7.14	2 5.00 50.00 50.00	1 2.50 25.00 11.11	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	4 10.00
NAO	13 32.50 44.83 92.86	2 5.00 6.90 50.00	8 20.00 27.59 88.89	6 15.00 20.69 100.00	0 0.00 0.00 0.00	29 72.50
NAO TEM RELI-GIAO	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	7 17.50 100.00 100.00	7 17.50
Total	14 35.00	4 10.00	9 22.50	6 15.00	7 17.50	40 100.00

TABELA 48 - Distribuição dos 40 pacientes cardíacos pertencentes ao Grupo Controle, segundo a ligação da doença com a religião e a melhora na saúde depois da mudança de religião.

Frequency Percent Row Pct Col Pct	MELHORA	INALTERADA	NAO MUDOU	NAO TEM RELIGIAO	Total
NAO	1 2.50 2.70 100.00	11 27.50 29.73 100.00	25 62.50 67.57 100.00	0 0.00 0.00 0.00	37 92.50
NAO TEM RELIGIAO	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	3 7.50 100.00 100.00	3 7.50
Total	1 2.50	11 27.50	25 62.50	3 7.50	40 100.00

ANÁLISE DAS TABELAS 47 e 48

Na tabela 47, do GE, 35% dos pacientes percebeu melhora na saúde depois que mudou de religião, destes 92,86% acham que não há ligação da doença com a religião; 7,14 relaciona a doença com a religião. Dos pacientes psiquiátricos, 72,5% afirmam não ter ligação de suas doenças com a religião. Destes, 44,83% alegam ter melhorado após a mudança de religião; 27,59% sentem a saúde inaltarada e 6,9% percebem piora na saúde com a mudança.

Na tabela 48, do GC, 62,5% não mudou de religião. Destes, 100% não percebem ligação de suas patologias com a religião. 92,5% não percebem ligação da doença com a religião, destes, 67,57% não mudou de religião; 29,73% sente a saúde inalterada e apenas 2,7% sentem ter tido uma melhora na saúde após a mudança de religião.

Os pacientes psiquiátricos buscam a religião numa perspectiva de cura, como vimos na tabela 39, porém não afirmam haver uma ligação da doença com a religião (72,5%). No entanto, 35% observam melhora em sua saúde após a mudança de religião.

Definitivamente os pacientes cardíacos desta pesquisa, não vinculam seu adoecer à religião (92,5%). Somente 2,5% refere melhora na saúde após a mudança de religião.

GRUPOS RELIGIOSOS:

ÁREA I - Catolicismo : popular, erudito, carismático.

ÁREA II - Pentecostais: Congregação Cristã do Brasil, Assembléia de Deus, Deus é Amor, Igreja do Evangelho Quadrangular, Igreja Evangélica Nazareno Central, Missão Novas Tribos do Brasil, Cristo Salva, Igreja Universal do Reino de Deus.

ÁREA III - Mediúnicas: Umbanda e Espiritismo.

ÁREA IV - Grupo Bíblico não Evangélico: Testemunha de Jeová, Adventista.

ÁREA V - Protestantismo Histórico: Presbiteriana, Batista, Metodista.

ÁREA IV - Budismo, Neobudista (Seicho-no-iê).

CARACTERÍSTICAS DAS IGREJAS

"(...) as características de cada religião se relacionam com as características das camadas e grupos sociais em que suas mensagens encontram ressonância." (95)

O cristianismo é uma das cinco religiões mundiais. As outras são o confucionismo, o hinduísmo, o budismo e o islamismo.

1. CATÓLICA:

Foi implantada no Brasil desde a chegada dos colonizadores, sendo a religião oficial do Estado. Hoje seus adeptos estão se dispersando por outras igrejas. (32) Fato também comentado pelo Papa como "o avanço das seitas", em seu documento Santo Domingo (129).

Possui diferenças regionais e de classes: catolicismo tradicional e moderno (progressista), rural, urbano, Comunidades Eclesiais de Base, movimento de Renovação Carismática.

O movimento de Renovação Carismática é baseado na oração em comum, na experiência do batismo no Espírito Santo e em dons (carismas), os mesmos das igrejas pentecostais. O carisma é visto como um dom de Deus, transmitido pelo Espírito Santo: caridade, serviço, sabedoria, dom de curar ou de operar

milagres, profecia, falar em línguas, interpretação delas. (67, 92).

Possui rigidez hierárquica que tem o poder de controlar o grupo. Isto pode gerar ansiedade que é aliviada através da confissão.

Suas práticas religiosas são: missas, confissões, novenas, rezas, terços.

2. PENTECOSTAIS:

O termo vem de Pentecostes, o dia em que o Espírito Santo baixou sobre as cabeças dos apóstolos de Cristo sob a forma de língua de fogo, segundo a Bíblia. Suas origens estão no século XIX nos EUA, num processo de reavivamento do cristianismo. (67, 92, 95)

Em 1910, quando surgiu no nordeste brasileiro, possuía dois templos. Em 1970, já existiam 1100 templos. Este aumento pode estar associado à característica destas igrejas de abrandar os adeptos num "universo urbano e industrial em expansão." Espalhou-se mais nas camadas pobres da população. O termo "massa" de fiéis é analisado em algumas pesquisas, pois confere uma idéia de coisa disforme, dependente, que pode ser "enformada e enfornada para se transformar em algo significativo". Migrantes, favelados, marginalizados, são empurrados para a doença, alcoolismo, desintegração familiar e desespero. Neste quadro, as igrejas pentecostais tentam aliviar,

mostrar a tábua de salvação. Tem sido encarado como conservador, quando apenas abranda seus adeptos provocando um distanciamento das questões reais de sua condição de marginalizado. (2, 26, 64, 67, 95, 99)

O conjunto das denominações pentecostais constituem perto de 75% de todos os protestantes. A denominação é um agrupamento religioso que se constitui, criando normas e doutrinas diferentes, como a Assembléia de Deus, Deus é Amor, etc.

Suas características essenciais, são o batismo no Espírito Santo - a conversão e as doutrinas que são as regras morais e sociais. Anunciam a vinda de Cristo, cobram o dízimo, têm programas em rádios e televisão e exercem as pregações. Usam técnicas terapêuticas de "cura divina": imposição de mãos, unção com azeite, benção em peças de roupa e objetos. Os adeptos com o "dom da cura", cuidam de males físicos e psíquicos. Consideram a medicina limitada, pois acreditam somente na cura divina. Os dons espirituais: "sabedoria, ciência, fé, cura de doenças, operação de maravilhas, profecia, discernimento de espíritos, interpretação de línguas, diversidade de línguas." (23, 65, 92, 95, 111, 139)

Suas práticas religiosas incluem: cultos, pregações, testemunhos, recebimento de dons, etc.

3. MEDIÚNICAS: (religião de possessão)

3.1. UMBANDA:

As religiões de possessão têm um caráter terapêutico. A procura se faz na busca de alívio para doenças, problemas de emprego, questões de amor e jurídicas. Existem duas consequências: uma tentativa de integração, de apoio, de estímulo ao sucesso e ascensão social e o desencadear do medo pelo contato com o sobrenatural.

Os negros enquanto escravos, eram obrigados a seguir as crenças de seus senhores. Para resistir e não perder a tradição de sua fé, traduziram o culto aos seus orixás para a linguagem dos santos católicos. Uniram suas próprias concepções, às do catolicismo, espiritismo Kardecista e religiões indígenas. É uma espécie de tradição brasileira. (20, 46, 95, 96).

Acreditam na comunicação com o sobrenatural pela incorporação de entidades espirituais em iniciados, por meio do transe. (95)

O culto se realiza no terreiro, denominando-se sessão. As entidades são espíritos dos mortos, separados em espíritos de luz: caboclos, pretos-velos e crianças que representam o bem e espíritos das trevas: exús (imagem do malandro) podem representam o bem e o mal. Não há na umbanda a clássica divisão católica do bem e do mal. Seguem a teoria do Carma, acreditando na reencarnação como processo de evolução espiritual.

A quimbanda, não é umbanda e visa provocar doenças, voltando-se apenas para o mal.

3.3. ESPIRITISMO KARDECISTA:

Possui uma marca européia, branca, justificando ser a menos estigmatizada das religiões de possessão. Acreditam ser algo científico e se sentem valorizados, negando às vezes o misticismo e o fato de ser religião.

Principais idéias: a evolução dos espíritos se dá pelas reencarnações; a lei do Carma determina que toda ação tem uma retribuição; um presuposto básico é a caridade; as verdades evangélicas trazem paz e prosperidade; os médiuns intermediam as mensagens entre os vivos e os espíritos desencarnados; a terra é um lugar de expiação; as várias encarnações determinam ou não o progresso pessoal; não há distinção entre natural e sobrenatural, ciência e religião. Sua tendência é estimular a caridade, a prática assistencial, o amor, a moralidade e o domínio de si mesmo. A reunião de seus adeptos, chama-se sessão.

A procura do espiritismo tem finalidade de cura e solução de problemas. Quando há resolução, as pessoas passam a repensar suas formas de viver.

4. ADVENTISTAS e TESTEMUNHAS DE JEOVÁ: (Grupo Bíblico não Evangélico)

Não deveriam ser chamadas de denominações protestantes. "Trata-se, nestes casos, de movimentos religiosos que não se originaram da Reforma européia do século XVI e não se constituíram nos termos dela." (95)

Os Adventistas do Sétimo Dia (Sabatistas), acreditam na segunda vinda de Cristo, dão importância ao sábado para o descanso, praticam o batismo por imersão e exigem o pagamento do dízimo (10% da renda pessoal). (67, 92)

Testemunhas de Jeová - acreditam apenas em Cristo, negando a existência do Espírito Santo, não podendo por isto ser considerada igreja cristã. Não acreditam na redenção e na graça e sim no esforço humano. Fazem pregações de casa em casa. Acreditam que o sangue é propriedade de Deus, portanto não admitem transfusões. Proíbem manifestações patrióticas. Pensam que as outras igrejas são obras do demônio.

5. PROTESTANTES:

O protestantismo veio para o Brasil no século XIX no sul, trazido por alemães. Era uma religião de minorias étnicas. O termo protestantes inclui os batistas, luteranos, presbiterianos e pentecostais. Todos os membros das igrejas

protestantes são chamados evangélicos. Porém, há uma importante divisão entre eles: os ligados às denominações históricas ou tradicionais (protestantes de imigração) e os protestantes de conversão, ligados à história mais recente constituindo novas denominações, cuja maior é o pentecostalismo. (95)

Sua constituição hierárquica engloba: pastores, presbíteros, guias leigos, diáconos, presidentes e secretários das sociedades, professores e diretoras das escolas dominicais. Bem diferente da igreja católica que é mais rígida na divisão hierárquica.

Existe uma promessa de salvação para a alma e o corpo, uma redenção física e espiritual. Os protestantes sentem-se salvos, superiores, quando estão todo o tempo seguindo as normas da igreja. Há uma separação rígida do bem (que vem de Deus) e do mal (que vem do diabo). Seguem rigorosamente os ensinamentos bíblicos. Valorizam a vida cotidiana, pois através de obras boas e corretas, o fiel consegue a salvação. Neste sentido, o trabalho é destacado e o sucesso é sinal de salvação. Há uma prevalência de adeptos de classe média.

1. Resumo das Histórias de Vida acrescidas das Observações de Enfermagem:

CASO Nº 1

Feminina, 25 anos, branca, solteira, natural de São Paulo - SP, procedente de Campinas - SP, 2ª série do 2º grau, estudante, atualmente cursando Técnico de Enfermagem, renda familiar de 3 salários-mínimos, Igreja Evangélica Nazareno Central.

"Meus pais se divorciaram quando eu tinha 7 anos. Eles brigavam muito e sempre ameaçavam se separar. Antes disso eu tinha uma vida de rainha, brinquedos importados, nenhuma dificuldade financeira, mas sempre com poucos amigos". Na escola, "tive dificuldades com português, não conseguia entender. Desde pequena falo hebraico, sem que ninguém me tenha ensinado. Precisei de uma fonoaudióloga. Aprendi a satisfazer o outro, colocar as pessoas sempre bem, esquecendo de mim. Tive dois namorados enfernizados pela minha mãe. Saía pouco. Estive internada em um colégio Adventista de 1973 a 1977. Na minha vida sempre há interferência da minha mãe, na vida amorosa, estudo, financeira, amigos, tudo." Os pais são vivos, a paciente mora com a mãe e a avó. É filha única.

Sobre seus problemas: "tudo começou quando meus pais se separaram. Fui ficando cada vez mais quieta, tristonha, não queria mais sair de casa, chorava muito." Relata piora importante há 4 anos. Fez tratamento no ambulatório da

Unicamp por 2 anos, tomando antidepressivos.

Faz psicoterapia em consultório particular com É sua primeira internação psiquiátrica. Os atuais sintomas intensificaram-se há 2 meses. "Eu estava quase enlouquecendo. Sinto muita depressão, choro à toa sempre, fico calada, não gosto de conviver com muita gente. Vim prá cá forçada por minha mãe, que quer um diagnóstico certo para essas coisas que acontecem comigo." O pai tem diagnóstico de "psicose indefinida", segundo a paciente, tendo várias internações psiquiátricas. Reside em Minas Gerais, é "nervoso e muito agitado".

Está na Igreja Evangélica Nazareno Central, há 7 anos, juntamente com sua mãe; o pai é católico. Relata ser professora dominical das crianças e vai ao culto duas vezes por semana. Já freqüentou várias igrejas: Católica, Adventista do 7º Dia, Cristo Salva, Igreja Batista e Presbiteriana. Diz buscar nestas igrejas, paz, conforto, soluções para suas dúvidas, tradição, disciplina, alegria e encontrou tudo isso na Igreja do Evangelho Nazareno Central. É orientadora espiritual e se diz capaz de fazer profecias. "Profetizei que um amigo ia entrar na faculdade e que outro ia casar, fiz exorcismo em pessoas da igreja curo enfermidades. Havia uma tia com problemas intestinais sérios, eu orava pelo que ela pedia, orava pela santificação dos óleos e minha tia passou azeite em seu abdômen e se curou. Sinto sempre a melhora e a cura com a entrada em alguma igreja e com o rompimento, a não participação, vem a tristeza, a dor, a doença. Em 1987, participei da Igreja Evangélica e ela me deixou com problemas. As pessoas são estranhas, as normas, as falas, as orações são muito rígidas.

Tive algumas experiências com túnel, que é uma perda de consciência, um esvaziamento do corpo, levitar, caminho preto, uma luz que vem vindo, sinto que estava morrendo, a luz é Deus, há um diálogo com Ele para que eu volte." Relata que já teve essa "experiência" três vezes e que começou em 1980.

Observações de Enfermagem: a paciente esteve internada por 6 dias. No dia da internação: "Internou-se com história de ansiedade, angústia e inquietação em casa, segundo relato da própria paciente. Internou por opção da mãe, avó e dela mesma. Na enfermaria esteve calma, até alegre, boa interação com equipe e pacientes. Descontraída, pueril. Nenhum sinal de alteração de senso-percepção".

"Está pueril, sedutora e manipuladora".

"É inquieta e falante, solicitando a enfermagem constantemente. Quer fazer o serviço de enfermagem e chora quando limitada."

"Estamos colocando limites conforme a situação, paciente tem assumido a postura de profissional. Recebeu visita da mãe. Não se mistura com outros pacientes, fica mais no quarto."

"Está chorosa e pouco comunicativa. Falando sozinha, rezando a noite inteira."

"Queixa-se de falta de ar, é manipuladora. Ficou falando e rezando sozinha à noite."

"Saiu de alta em companhia da mãe."

CASO Nº 2

Masculino, 37 anos, branco, amasiado, uma filha, natural de Santa Fé do Sul - SP, residente em Sumaré - SP, curso superior incompleto (Arquitetura), desempregado (desenhista), renda familiar de 2 salários-mínimos, sem religião.

Da infância relata ter boas lembranças, o ambiente em casa era calmo. Repetiu a 1ª série várias vezes. "Sempre trabalhei e estudava pouco, consegui construir uma casa para meus pais. Não consegui acabar o curso de Arquitetura. Conheci minha companheira faz uns 10 anos, a gente não casou, ela é separada. Vivemos bem, mas ela tá sem paciência de me agüentar nesta fase. Tivemos uma briga feia ela me expulsou de casa." Os pais são vivos e atualmente mora com eles, tem duas irmãs e é o mais velho.

"Em 1979 eu comecei a fumar maconha e beber pinga e cerveja. Tive várias brigas de rua, discutia com todo mundo. Tive duas internações em hospitais psiquiátricos. Melhorei um pouco, mas fiquei deprimido, não conseguia trabalhar, ficava só em casa. Trabalhei como desenhista, agora estou desempregado e voltei a beber." Os problemas se intensificaram há 2 meses. "Fico ansioso, revoltado, sem ter chance de trabalho." Relata também, consumo de bebida alcoólica nesta internação. Foi para São Paulo, onde brigou em um shopping, sendo detido pela polícia e levado para um hospital psiquiátrico. A família foi buscá-lo e o trouxeram para a Unicamp. Nega problemas psiquiátricos na família.

Há 5 anos não participa de nenhuma religião. "Hoje

não participo de nada, mas antes ia e me sentia bem. Eu gostava de ouvir pregações na Presbiteriana, e fui na Batista com uma namorada. Não gosto do sistema de Igrejas é muita politicagem e isso fez com que eu me afastasse. Na eleição para pastor, quem dá dinheiro é querido, quem não dá é um zé-ninguém, envolve muito dinheiro e eu não gosto disso." Sua família vai na Presbiteriana e a companheira é Católica não praticante. "A religião se é limpa, faz bem para a cabeça. A gente alivia, tira um peso da consciência."

Observações de Enfermagem: permaneceu 16 dias internado. No dia da internação: "Admitido sedado, dormiu todo o plantão".

"Apresentando resistência à internação, não quer ficar internado. Está com a sexualidade exacerbada. Boa interação."

"Tentou fugir saindo pela escada do terceiro andar, sendo trazido de volta. Recebeu visita da esposa. Escrevendo poemas para pacientes e pessoas da equipe."

"Queixa que se sente muito fechado na enfermaria. É muito sedutor com pacientes femininas, sendo necessário vigilância."

"É inquieto, ansioso e sedutor."

"Mantendo conduta."

"Saiu de licença hospitalar."

"Paciente está mais calmo e muito sonolento. Dormiu todo o plantão."

"Saiu de alta em companhia da esposa."

CASO Nº 3

Feminina, 26 anos, branca, casada, uma filha, natural de Indianápolis - PR, residente em Campinas - SP, 4ª série do 1º grau, do lar, renda familiar de 2 salários-mínimos, Católica.

A infância "não foi boa de jeito nenhum, eu apanhava bastante, sofria. Fugia de casa várias vezes, era horrível. Meu pai morreu e fui morar com uma tia, que era ruim. Não gostava de estudar, tinha dificuldade com as palavras, eu ia prá escola obrigada. Casei com 19 anos. Eu gostava dele, gosto ainda. Eu gosto de cuidar da casa, mas quando me dá crises de nervo, não faço nada, fica tudo jogado, a filha também. Ela nasceu quando eu tinha 22 anos, foi bom, tem hora que não gosto, me cansa". O pai faleceu quando a paciente tinha 8 anos, de "epilepsia na cabeça". A mãe é viva. É a primeira de três irmãos.

Relata ter "crises nervosas" há 5 anos. Não consegue identificar um fator desencadeante. Nunca esteve internada. Já foi ao consultório e ambulatório de psiquiatria, tomando remédios, que não se lembra o nome. Comenta que fica irritada com tudo, não dorme, tem vontade de bater nas pessoas e já bateu no marido. Fica "estranha", não se lembra o que ocorre durante as "crises", não conseguindo manter atividades do lar. Como causa da internação diz que "estava triste demais em casa, chateada, revoltada, mas Deus sabe o que faz. Eu estava cansativa. Vi uma borboleta entrar em casa e fiquei assustada, achei que era algum sinal de coisa ruim e fiquei as-

sim nervosa. Às vezes, eu ouvia vozes falando alto. Sempre fui muito nervosa assim. Saio correndo e ninguém me segura, ninguém consegue me pegar. Daí, eu não consigo cuidar de nada em casa e me trouxeram prá cá." Sintomas intensificaram-se há 3 semanas. Segundo a paciente, dois tios maternos já estiveram em hospital psiquiátrico devido a "crises". Um deles tem "problema igual ao meu".

Toda a família é Católica praticante. A paciente fez a 1ª comunhão, casou-se na igreja e a filha também é batizada na Católica. "Já me levaram na Umbanda, prá sarar das crises, mas eu não gostei e não sarei. Quem me levou foi uma tia. Eles deram passes, jogaram fumaça na minha cara, cantaram, falaram com os espíritos, mas não adiantou nada e estou aqui, no hospital de doido." Isto ocorreu há cerca de 1 mês antes da internação.

Observações de Enfermagem: permaneceu internada por 54 dias. Na internação: "Internou acompanhada pelo marido. Aceitou a internação, fala baixo, há risco de agressividade quando contrariada. Dormiu sem medicação. Acordou confusa." "Agitou pela manhã, gritando "fogo". Comportamento inadequado, confusa, pouco contato verbal, assistiu TV. Agitada e irritada com outra paciente, chegando a quebrar a fechadura da porta do quarto desta paciente. Desafia as pessoas que aparecem na TV com gestos. Insone. Agarrou outra paciente pelos cabelos." "Está incoerente, confusa e provocativa. Comportamento inadequado, tirando as roupas, agitação psicomotora e inquietação. Na hora da visita apresentou choro histérico, depois ficou na sala de TV, cantando "parabéns prá você". Fala sozinha e

quando interpelada, faz sinal de silêncio com o dedo na boca. Ansiosa, confusa e pueril. Dormiu à noite."

"Falando alto, confusa, com períodos de irritação e agitação, batendo na porta de entrada da enfermaria e balcão do posto de enfermagem. Acatando limites com moderada tolerância. Agitação intensa, sendo medicada. Subindo na mesa de refeição ."

"Períodos de agitação e tranqüilidade, inadequada. Tirou as roupas no corredor. Insone."

"Apresentando comportamento bizarro, falando sozinha."

"Está agitada e fala que está vendo cobra verde."

"Menos irritada, melhora do humor e coerência verbal."

"Está tranqüila, mas dissociada. Tudo que aborda fala no passado, por exemplo, "eu tinha uma filha"."

"Mais tranqüila e adequada em suas ações, mas ainda não conseguindo falar de suas coisas."

"Apresentando labilidade afetiva - ora chora, ora ri."

"Saiu de licença hospitalar."

"Chamando atenção de todos, falando alto."

"Às vezes sedutora, apresentando momentos de calma mesclados com dissociação."

"Saiu de alta em companhia do marido."

CASO Nº 4

Feminina, 40 anos, negra, casada, 7 filhos, natural de Igaraí - SP, residente em Monte Mor - SP, 2ª série do 1º grau, doméstica, renda familiar de 2 salários-mínimos, Ca-

tólica.

Quando criança "eu era feliz, brincava, tinha tristeza por minha mãe (falecida), mas meu pai fazia a gente feliz. Sempre fui pobre, mas muito feliz. Morava na usina de açúcar e trabalhava. Depois fui trabalhar em casa de médico. Tinha que trabalhar, não dava prá estudar. Casei com 17 anos. No começo era bom, eu gostava das relações, de sexo, essas coisas. Depois eu fui engordando muito e ele não quis mais saber de mim. Ele ficava só no bar, bebendo com mulheres e eu ficava sozinha, só tendo filho." A mãe morreu quando a paciente tinha 5 anos, de "problema no coração" e o pai faleceu de infarte, quando tinha 17 anos. A paciente é a terceira de quatro irmãos.

"A primeira vez que fiquei doente foi em São Paulo, depois que nasceu minha terceira filha. Um dia meu marido estava no bar, eu passei com aquela barrigona e ele fez que não me viu. Eu fiquei chateada, o próprio marido renegar a mulher grávida e aí entrei em crise. E eu ainda estava com sífilis por causa das arruaças dele. Eu sou força máxima, sou 220 volts. Fiquei internada lá e nunca mais fiquei boa." Relata mais de cinco internações psiquiátricas. "Agora fico rezando, falando muito, não durmo e os filhos acham que estou maluca da cabeça e me trazem prá cá. Deus pai todo poderoso, faz eu entrar na crise e sair da crise. Eu sinto angústia, desespero. O mundo está em perigo e eu não posso ajudar." Quadro intensificou-se há 2 semanas. Conta que há uma tia paterna com "problema" igual ao seu.

Já fui na Espírita e na Assembléia de Deus, mas eu

sou Católica da Renovação Carismática do Brasil. Fui a São Paulo no ano passado, na festa Carismática e falei em línguas e sinto que o Jesus me curou. Eu consigo falar na língua que o Espírito Santo quer e tenho o poder da cura, que ele me deu e eu me curei. Fui na Assembléia de Deus, tem uns 2 meses, porque uma amiga me levou. Gostei dos cantos deles, falei em línguas lá, mas não consegui que o meu marido parasse de beber e voltasse prá mim, como falaram que ia acontecer. Na Espírita, falaram que sou médium, prá desenvolver, não desenvolvi nada. Eu vou nas igrejas prá me sentir bem e conseguir o que quero, mas eu sou Católica. " A família é toda Católica.

Observações de Enfermagem: permaneceu 19 dias internada. "Internou acompanhada pelo filho. Esteve calma e coerente até o lanche da noite. Depois ficou dançando e cantando hinos religiosos no quarto com o terço na cabeça."

"Está calma e acata limites."

"Tranqüila, falando como se fosse indígena. Acordou à 1 hora cantando e acordando outros pacientes."

"Apresenta oscilações do quadro, ora com comportamento adequado, ora inadequada. À noite, inadequada, tirando a roupa, cantando, acordando outros pacientes."

"Está respondendo coisas sem nexo."

"Falando como índio e exibindo-se nua no quarto."

"Ficou cantando músicas religiosas com os olhos cheios de lágrimas."

"Esteve chorosa até achar o terço. Cantarolando cânticos religiosos de braços dados com outra paciente."

"Mantendo conduta."

"Saiu de alta com a família."

CASO Nº 5

Masculino, 26 anos, branco, solteiro, natural de Poços de Caldas - MG, residente em Campinas - SP, 5ª série do 1º grau, desempregado (trabalhava em almoxarifado), renda familiar de 3 salários mínimos, sem religião.

O que conta da sua história de vida: "era bom, alegre, brincava. Comecei a trabalhar com meu pai. Gostava de estudar. Tinha alguns amigos, ia a bailes, mas ficava muito em casa. Tive uma namorada. Hoje fico só em casa, não gosto de conversar, não trabalho, não tenho amigos." Os pais são vivos e o paciente é o 3º filho de 6 irmãos.

Da sua doença conta: "faz mais ou menos um ano e meio. Eu trabalhava de turno, à noite, não conseguia dormir de dia, ficava direto sem dormir. E tinha uma pessoa da alta sociedade me perseguindo. Sei que tem uma criança diferente numa fazenda e dizem que é meu filho. Eles sabem de tudo. Eu escuto as coisas no rádio. Só que tudo isso parece que está sumindo da minha mente." Veio para o hospital porque "estava com o corpo amarrado, me deu uma tremedeira que não parava nunca. Tomei injeção que a doutora mandou e fiquei assim. Vim tomar remédio prá cortar a injeção." Relata que há um tio paterno que fica internado por "problema de bebida".

Sobre religião diz ser batizado na igreja Católica, porém "não vou a nenhuma igreja, tem uns dois anos. Deus

não resolve muito, não acredito que haja nada de bom e melhora de vida pela igreja." Não faz orações, não lê a Bíblia, conta que acredita em Deus, mas não liga para "nada disso". A família também é católica não praticante. Nunca procurou outra igreja.

Observações de Enfermagem: permaneceu 10 dias internado. No dia da internação: "Internou sozinho, calmo, passos lentificados, emagrecido, pouco contato verbal. Feito medicação. Refere melhora da inquietação."
"Permanece mais no leito. Apresentando movimentos lentificados, nega idéias delirantes, isolado e sem manter diálogo."
"Apresentando um pouco de tremores, nega idéias delirantes e a psicomotricidade está lentificada. No leito o tempo todo."
"Ficando no leito, respondendo apenas quando solicitado."
"Mantém-se isolado."
"Só no leito, pouco contato verbal."
"Pouca interação ao meio, isolado."
"Mantendo conduta."
"Saiu de alta."

CASO Nº 6

Masculino, 31 anos, preto, casado, 3 filhos, natural de São João da Ponte - MG, residente em Sumaré - SP, 4ª série do 1º grau, desempregado (pedreiro), renda familiar de 2 salários mínimos, Deus é Amor.

Desde pequeno "sempre na roça, trabalhando e apa-

nhando muito. Era levado, aprontava e depois apanhava." Diz que o pai era severo, mas a mãe batia prá valer. Não continuou os estudos, por causa do "trabalho na roça que não acabava nunca". Casou com 19 anos, "foi bom, a gente se gostava muito, eu vivia feliz. Não tinha essas idéias que tenho hoje, era tudo mais tranqüilo. Depois vieram os filhos, a responsabilidade é grande e eu como pedreiro nem sempre tenho trabalho, ficava preocupado com as crianças, as coisas em casa. Depois comecei a beber prá esquecer essas coisas que eu ouvia e que ficaram na minha cabeça e foi piorando. Comecei a ficar internado, tentei morrer, não consegui e não tenho paz em casa. Acho que é por causa da roda de fogo da Umbanda, que me levaram prá resolver os problemas e só piorou." Os pais são vivos, é o 3º de 8 filhos.

"Faz 4 anos que estou assim. Eu me converti pela intercessão da mãe, Nossa Senhora. Eu já tentei me matar prá aliviar o peso da cruz, mas não consegui. Acho que eu tenho que carregar essa cruz, já que sou Jesus Cristo." Relata várias internações psiquiátricas, na PUC, em Americana e Unicamp. Faz acompanhamento irregular no ambulatório da Unicamp. Afirma que ouvia vozes que o mandavam suicidar e que algumas músicas de rádio eram para ele. Diz que sua vida vai acabar aos 33 anos, como a de Jesus Cristo, porque ele está em guerra com o pai, que é Deus. Os sintomas se agravaram há um mês. "Eu vim prá cá porque estava pensando em morrer, mas agora não penso nisso e quero ir prá casa. Eu estava pensando que Deus quer a minha mulher prá ele, mas como se foi ele que casou a gente? Ouvi o carteiro falando "aqui é a casa do Zé Maria e a

mulher dele mora aí". Outro homem pode querer pegar a minha mulher em nome de Deus. Eles não entendem, nem os doutores daqui, que sou Je- sus Cristo. Eu me joguei no rio lá em Minas, era prá morrer, mas me pegaram e acho que me salvei, estou curado. Preciso ir embora, trabalhar, aqui só fico pensando que querem pegar minha mulher." Relata não haver na família pessoas com distúrbios psiquiátricos.

Participa da igreja Deus é Amor há 4 anos. "Eu ia na Católica até uns 10 anos atrás, aí cansei e saí. Um amigo me convidou prá ir na Congregação Cristã do Brasil (há 5 anos). Ficava rezando e pensava no que eles falavam lá. Fui na Assembléia de Deus há uns 2 meses, mas sou da Deus é Amor. Fico lendo a Bíblia e descobri que sou Jesus Cristo e que minha vida é difícil porque Deus quer brigar comigo e agora quer a minha mulher prá ele. Quando as coisas pioraram muito, os vizinhos e a família me levaram na Umbanda, faz uns 2 anos. Fizeram uma roda de fogo, colocaram eu e minha mulher no meio de costas e cantaram, rezaram e baixou o espírito, aí de lá prá cá a gente vive quase separado, ela acha que tenho de sair de casa. Eu ia buscando a paz e fui ficando mais triste. Fico esperando o que Deus vai fazer comigo, já que ele está em guerra com seu filho." A família também vai na Deus é Amor. Fala de várias proibições orientadas pela igreja, porém comenta que não parou de beber. Acha que sua vida piorou com tanta reza e pregações que ouvia nas igrejas.

Observações de Enfermagem: permaneceu internado por 9 dias. Na internação: "Emagrecido, aceitou a internação, calmo, idéias de perseguição há um dia e alucinações auditi-

vas. Diz está melhor, que não pensa em morrer e quer ir para casa."

"Permanecendo mais no leito, pouco contato verbal espontâneo."

"Diz que não acreditamos, mas é Jesus Cristo e vai morrer com 33 anos."

"Mais animado, participando das atividades na enfermaria. Diz que sua mulher é que o deixa doente e com ela não tem mais jeito, pede para casar com a enfermeira."

"Permanecendo mais no leito, passa a impressão de arrogância."

"Diz que a água do rio em que se jogou em Minas o curou."

"Saiu de alta com a mãe."

CASO Nº 7

Feminina, 45 anos, branca, casada, dois filhos, natural de São Manoel - SP, procedente de Botucatu - SP, curso superior de Pedagogia, aposentada (professora primária), renda familiar de 4 salários mínimos, Umbanda.

Descrevendo sua história de vida, paciente conta que na infância teve um "bloqueio na cabeça", quando a mãe adoeceu, "só fiquei com lembranças ruins. Tinha 9 anos, fiquei triste, minha mãe internada. Lembro que brincava no meio do pasto com meus irmãos. Não queria ir prá escola, queria carpir café, depois fui a que mais estudou lá em casa e meu pai que forçou prá que eu estudasse. " Comenta que o ambiente em casa era tranqüilo, porém os problemas da mãe tornavam as coisas tristes e pesadas. "Sempre fui muito agarrada com, meus pais.

Não paquerava, tinha nariz feio. Foi um sufoco, eu não queria casar, ia cuidar da família. Casamos com dívidas. Não queria ter filhos, a família já não podia ter mais despesas. Quem quis ter filho foi meu marido e não eu." Paciente se casou com 26 anos. Sua mãe na dieta do último filho, ficou "louca, teve coágulos no cérebro, eu tinha 9 anos e fui morar com uma tia, ela nunca mais ficou boa. Ficou internada e agora fica só na cama vegetando." Tem 3 irmãos, sendo a mais velha.

Não consegue determinar uma data para início de seus sintomas. "Até Amplictil de 100 eu já tomei. Está é minha segunda internação. A 1ª foi em Botucatu, fiquei no QI, quarto de isolamento, tem uns 25 anos." Fazia tratamento ambulatorial com psiquiatra do INPS, tomava calmantes, mas não tinha dinheiro para comprar os remédios. "Eu sempre fui assim, preocupada com dinheiro, ganhava pouco como professora e agora aposentada não ganho nada." Relata piora do quadro há 20 dias. "Fico só em casa, ando desleixada com o corpo, com a casa. Fumo muito, não consigo dormir, fico atazanando a vida dos outros em casa. Eu sou aposentada por invalidez da mente. Me trouxeram prá cá na marra. Não tenho hora prá nada, não tenho dinheiro prá manter a casa. Meu marido ganha pouco, fico apavorada com as contas e fico desnorteada assim." Fala que a mãe ficou "louca" e de um primo paterno que já ficou internado em hospitais psiquiátricos, pois "arranca a roupa."

É da Umbanda há 9 anos. Já freqüentou a Igreja Católica e há uns 2 anos, foi na Assembléia de Deus e na Congregação Cristã do Brasil. "Me levaram nas crentes prá sarar, mas não adianta nada. Sou médium, mas não entrego a cabeça. A Um-

banda é uma filosofia de vida. Gastei muito dinheiro com vela e oferendas. Eu queria ver o espírito, especulava muito como era o lado de lá e o dono da casa, do terreiro, um dia barrou minha entrada. Agora mudei de terreiro. A gente não pode querer saber como são as coisas do lado de lá, dos espíritos, da vida depois da morte. Na Umbanda a gente recebe mensagens de caboclo e preto velho, são coisas que a gente ouve e as outras pessoas não. Lá tem um altar pros santos, embaixo tem uma linha, passa uma água que é prá Iemanjá. Tem uma cerquinha redonda. As pessoas ficam de branco dando as mãos, quem recebe espírito senta no meio e fala, dança, grita. A Umbanda não promete nada, dá passe prá curar, dá força prá viver." Não sabe dizer se a sua participação na Umbanda provoca interferências na saúde. O marido e a filha são católicos e há algumas pessoas da família que são espíritas.

Observações de Enfermagem: permaneceu 18 dias internada. No dia da internação: "Admitida, acompanhada pelo marido e cunhada. Fala desconexa, não aceitando a internação. Bastante pueril, não acata limites, fala em terreiro, umbanda e movimenta os braços espantando demônios."

"Foi restrita no leito, devido a agitação e ansiedade. Não está falando, recusa medicação por via oral."

"Está inadequada, incoerente e agressiva quando abordada, não acata limites. Gesticula, fala alto."

"Paciente confusa, inadequada, com a fala desconexa. Faz sinais como se estivesse benzendo, atitude mística. Quer ir prá casa."

"Fica ajoelhando, rezando e continua dissociada. Rezando pela

enfermaria, pelos corredores."
"Às vezes dissociada, às vezes melhor. Falou muito em espíritos, centro de umbanda, terreiro."
"Diz estar com medo. Dissociada e ansiosa. Ameaça agredir, diz coisas desconexas sobre espíritos."
"Está irritadiça, fazendo rituais místicos de benzeção. Engatinhando pelo corredor. Fala, reza e ajoelha."
"Choramingando, pueril, às vezes fala palavrões."
"Mais tranqüila, preocupada com a família, principalmente com a filha."
"Está angustiada e ansiosa, porém conversando coerentemente."
"Mantendo conduta de melhora da dissociação."
"Insiste para ir de alta."
"Alta hospitalar."

CASO Nº 8

Feminina, 27 anos, preta, amasiada, quatro filhos, natural de Campinas - SP, procedente de Campinas - SP, 4ª série do 1º grau, doméstica, renda familiar de 2 salários mínimos, Igreja Universal do Reino de Deus.

"Não tive infância, morava na casa da tia. Meu pai morreu eu tinha 3 anos, minha mãe morreu uns 6 meses antes do meu pai." Trabalhava desde pequena, "a tia judiava muito da gente. Depois a tia não quis mais a gente. Meus irmãos foram prá um orfanato e fiquei com uma dona prá trabalhar e morar no serviço e assim foi. Quando morava na casa dessa dona, eu

estudava. Gostava da escola, mas não deu prá continuar. Isso foi em São Paulo. Vim prá Campinas ganhar a vida. Arrumei trabalho prá morar no serviço. Saía muito, gostava de forró e bailes." Faz 9 anos que está amasiada. "Eu gosto dele, mas eu agüentei ele por causa das crianças. Ele tem mais paciência com elas do que eu. Eu não amo ele, as crianças gostam dele, precisam dele." Comenta que o companheiro bebe e não se esforça para trabalhar. Já apanhou várias vezes dele, mas que fica por causa das crianças. Não sabe onde ele está agora, seus filhos estão com sua irmã. Sua patroa ajuda com coisas para a casa e comida para as crianças. A última briga foi por causa do barraco que a paciente está montado e o companheiro deu umas madeiras dela prá um amigo. Ela tem um terreno e juntava madeiras para construir. Queixa que depois dessa não agüenta mais, porém demonstra preocupação com ele, se vai voltar e como fará prá cuidar das 4 crianças sozinha. São 6 irmãos e a paciente é a 4ª filha.

Quando solteira esteve internada no Bierrembach, tinha 15 anos. "Não sei porque, acordei já estava lá. Me deixavam amarrada e me davam injeção." Não faz acompanhamento ambulatorial. Piora do nervosismo há um mês. "Sou nervosa faz tempo, por causa de tudo. Deixo as crianças sozinhas prá trabalhar. Não lembro o que aconteceu depois da briga, só sei que pensava em morrer, não sei como vim prá cá. Não quero mais ficar assim, quero morrer que é melhor." Faz tempo que pensa em morrer porque não vê uma solução melhor. Comenta que a irmã mais velha tinha "convulsões", porém faz 5 anos que sumiu com os filhos e ninguém mais soube dela.

"Eu era Budista, minha sogra é e eu morava no fundo da casa dela. Tinha que participar, era quase obrigada. Daí, eu mudei de lá e uma colega me levou na Igreja Universal do Reino de Deus, faz uns 4 meses. Eles falavam que iam mudar minha vida, acabar com o nervoso. Tem vez que vou no culto, prá não ficar em casa, não tem luz, TV, não tem nada. Eu vou e levo as crianças. Me sinto bem lá." Falando de sua saída do Budismo, "o moço que dirige as orações, falou que se eu abandonasse ia mudar tudo, que a minha vida ia por água abaixo. Ele fala que o efeito vem depois. Não sei se é verdade." Antes do Budismo, não pertencia a nenhuma religião, ficou lá por uns 3 anos. "Lá na Reino de Deus, eles proíbem tudo, calça comprida, brinco, anel, pulseira, eles falam que na igreja deles tem que ser diferente, que a gente não é do mundo, que essas coisas não são de Deus. Teve gente lá que falou pelo Espírito Santo que eu tinha problema na espinha e uma veia entupida. Na hora que a gente está orando aparecem os dons de curar, de ver doença. Se há melhora ou não da saúde eu não sei, o pastor fala que estou dividida, por isso não acontece nada de bom."

Observações de Enfermagem: esteve internada por 10 dias. "Não resistiu à internação. Chorando, não quer conversar. Há risco de suicídio."

"Está chorosa e deprimida. Pegou a camisola e amarrou no pescoço, tentando se enforcar, diz que quer e vai morrer."

"Continua negativista e não quer conversar. Ficou em pé na janela com intenção de se jogar. Foi contida no leito. Conversou com o marido e a médica e depois disso ficou mais animada."

"Paciente bastante isolada, mais no leito e sem querer conver-

sar."

"Está irritadiça e tentou fugir. Estava com uma toalha amarrada no pescoço."

"Chorosa, continua isolada e com riso de suicídio."

"Deprimida e irritada, diz estar "com saco cheio de ficar aqui". "Revoltada, agressiva verbalmente."

"Apresentando atitudes impulsivas, quer ir embora. Necessário contê-la no leito."

"Ligeiramente melhor, começando a se comunicar com outras pacientes."

"Esteve mais tranqüila, mais integrada."

"Saiu de alta hospitalar."

CASO Nº 9

Feminina, 32 anos, preta, casada, dois filhos, natural de Franca - SP, procedente de Sumaré - SP, 2ª série do 1º grau, do lar, renda familiar de 1 salário mínimo, Assembléia de Deus.

Infância na roça, começando a trabalhar desde pequena, brincava quando podia. Gostava de estudar, mas tinha que ajudar os pais na lavoura. O ambiente em casa era "um pouco tumultuado, era muita gente e nem todo mundo se dava bem." Na adolescência, "não dava prá me divertir. Saí da roça prá trabalhar de doméstica em São Paulo." Comenta que sempre foi muito tímida e o marido foi o primeiro namorado. Estão casados há dez anos. A mãe é viva e o pai faleceu há 7 anos. São

5 irmãos e a paciente é a 3ª filha.

Relata nunca ter feito tratamento psiquiátrico, sendo sua primeira internação. Descreve sua revolta e raiva do marido e da situação doméstica, fato que ocorre há mais ou menos 3 anos. Os problemas se iniciaram, logo após o nascimento do filho mais novo. "O serviço da casa aumentou e não consegui me sentir bem, fico muito sozinha, cansada com tudo e o marido não me ajuda em nada." Há uma semana, a crise piorou. "Não agüentava mais, fiquei muito revoltada com tudo e achei melhor morrer. Tomei o veneno que o marido tem em casa prá dedetizar, com raiva dele e da situação que não muda. O menino de 3 anos me dá um trabalho grande, ele não pára. Eu queria morrer de raiva do marido, mas gosto muito dele. Não me lembro como vim pro hospital. Eu tomei o veneno com água e acho que a vizinha me achou e me trouxe. Fiquei em outra enfermaria e estou com esse negócio no pescoço prá respirar. Acho que arrependi, o marido chorou muito quando veio me ver e prometeu mudar, diz que me ama." Fala de um primo paterno que fica internado por "problemas de bebiba".

Há um ano freqüenta a Igreja Assembléia de Deus, indo aos cultos nas terças e domingos. "Gosto muito de lá, me deixa feliz . Eu ia um pouco na Católica, mas uma vizinha me chamou prá ir na Assembléia. Eu vou prestigiar, ver como é, assisto os cultos, canto, oro com eles. Eu vou prá me sentir feliz e eles dizem que vão ajudar a gente a ficar calmo, arrumar emprego e curar as doenças. Dizem lá prá não usar brinco, calça comprida, pintura na cara, ver TV, mas eu não uso mesmo. Tem gente que fala em língua diferente, eu nunca falei e

nunca vou lá na frente falar nada meu. Tem uns dois meses, eu fui na Congregação Cristã, fiquei lá umas semanas, diziam que eu ia ficar calma, parar de sentir esses nervos, não adiantou muito. Voltei prá Assembléia." O marido freqüenta a Igreja do Evangelho Quadrangular, a paciente já foi a alguns cultos lá. Conta que o marido na visita que fez a ela no hospital, ficou muito triste com sua tentativa de suicídio, prometendo sair da Quadrangular e passar para a Assembléia com ela. O pai e os irmãos são Testemunha de Jeová e a mãe freqüenta a Católica.

Observações de Enfermagem: permaneceu internada por 12 dias. Na admissão: "Transferida da Enfermaria da Cirurgia do Trauma, onde permaneceu por 23 dias. Está com cânula de traqueostomia. Paciente parece calma."

"Ficou no pátio com outros pacientes. Recebeu a visita do marido e do irmão, chorou."

"Parece introvertida, responde quando solicitada, sem contato verbal espontâneo."

"Sorridente com as brincadeiras e danças de outra paciente."

"Está descontraída, bem interada com os pacientes."

"Mantendo-se bem, tranqüila, comunicativa, sorridente."

"Saiu de alta acompanhada pelo marido."

CASO Nº 10

Feminina, 33 anos, preta, separada, cinco filhos adotivos, natural de Poços de Caldas - MG, procedente de Campinas - SP, analfabeta, doméstica, renda familiar de 3 salá-

rios mínimos, Católica.

"Meus pais se separaram quando eu tinha uns 2 anos. Minha mãe se juntou com um homem. Ele era estranho e ficava me tentando, eu fugia, não entendia o que era aquilo. Até que ele me estuprou quando eu tinha 7 anos. Fugi de casa, minha mãe me expulsou de casa. Fui prá São Paulo trabalhar de doméstica e morando no emprego até 16 anos. Voltei prá casa, mas minha mãe era muito seca, distante. Infância mesmo eu não tive. Nunca pude estudar. Tive vários namorados, mas sempre tive dificuldades nos relacionamentos. Saia pouco, não gostava de me divertir." Sobre seu casamento: "Fiquei casada por 4 anos, separei há um ano e meio. Aliás, todos os meus namorados me trocam por outra. Fiquei chateada por ter perdido um filho, num aborto, depois nunca mais engravidei e adotei meus sobrinhos, já que minha cunhada e meu irmão morreram. Agora tenho um namorado faz 3 anos, mas sempre acho que ele vai me trocar por outra. Trabalho numa casa há 10 anos, gosto demais de lá e da patroa." O pai faleceu, quando a paciente era pequena. A mãe faleceu há 2 anos de parada cardíaca. São 4 irmãos e a paciente é a mais velha.

Esta é sua 2ª internação na Unicamp. Nunca esteve em outros hospitais psiquiátricos. Conta que tudo começou com a morte da mãe há 2 anos. Paciente diz que não chorava e não deixava ninguém chorar, esteve estranha durante o velório e enterro. Logo a seguir, começou a sentir dores no estômago, tonteira, chegou a desmaiar, perder os sentidos. "Não queria mais sair de casa, parei de trabalhar, comecei a beber cerveja e pinga. Tentei me enforcar, tomei vários comprimidos. Não co-

mia, não dormia, chorava muito, tudo que passei a vida inteira me voltava na cabeça. As brigas com minha mãe, os problemas com meu padrasto. Daí, vim aqui no Pronto Socorro e comecei a fazer terapia no ambulatório. Tem sido bom, mas quando surgem outros problemas como esses agora, eu pioro de novo." Há 2 meses sua irmã teve que fazer uma cirurgia de emergência e houve suspeita de que ela e o cunhado estivessem com Aids. A patroa teve um problema cardíaco sério e a filha adotiva iniciou tratamento para sífilis, na mesma época. "A minha primeira reação é medo, não fico sozinha, me sinto insegura e começo a beber. Pensei em me matar com um revólver do filho da patroa, não consegui. Daí, tomei vários remédios com cerveja e vim prá cá. Continuo com vontade de morrer, não penso em outra coisa." Afirma não haver pessoas na família com distúrbios psiquiátricos.

Paciente e família são católicos praticantes. Vai à missa uma vez por semana, participa de orações, quermesse, etc.

Foi batizada e casou na igreja. "Rezo muito, tenho muita fé e sinto um bem-estar grande com isso. Deus me dá muita força , eu dou muita cabeçada e ele mostra o contrário, o meu lado bom." Recebeu visita de uma amiga que vai à missa com ela. Nunca buscou ou freqüentou outras igrejas.

Observações de Enfermagem: permaneceu 53 dias internada. No dia da internação: "Internou com humor deprimido, apatia, idéias de suicídio, uso excessivo de álcool. Não saiu do leito, olhos inchados, bastante deprimida."

"Pouco comunicativa. Na terapia ocupacional, fez um desenho de

um caixão e colocou um bonequinho dentro, amassou e jogou fora. Atenção para risco suicida."

"Está tristonha, mas aparentemente tranqüila. Pouco comunicativa, mais no leito."

"Falando de suas idéias suicidas, interagindo razoavelmente ao meio. Teve pesadelos. Refere estar melhor, mas as idéias ruins continuam."

"Os olhos estão inchados, avermelhados de chorar. Esteve um pouco mais alegre e animada à noite."

"Continua pouco comunicativa, mais isolada."

"Quieta e triste."

"Está isolada."

"Mantendo conduta."

"Discurso negativista, deseja a morte sem nenhuma expectativa para futuro."

"Olhos vermelhos, falou que ia se matar esta noite. Está sob vigilância."

"Está triste, apática e deprimida, não querendo conversar."

"Paciente demonstra sentimento de grande afetividade, bastante animada, pois sente que o tratamento está sendo efetivo."

"Saiu de licença hospitalar."

"Voltou de licença alegre, diz que foi tudo bem em casa, confirmado pela irmã."

"Quieta e tristonha. Quando abordada começa a chorar, dizendo que as pessoas duvidam de sua doença."

"Está ansiosa, questionando sua licença hospitalar, dizendo que não está em condições de ir para casa."

"Saiu de licença."

"Saiu de alta hospitalar."

CASO Nº 11

Feminina, 64 anos, branca, viúva, sem filhos, natural de Campinas - SP, procedente de Sumaré - SP, 2ª série do 1º grau, do lar, renda familiar de 2 salários mínimos, Espírita.

"Morava na roça e brincava muito. Em casa era bom, éramos muitos irmãos, dava prá brincar, brigar, trabalhar. As lembranças são boas, apesar da pobreza. Às vezes faltava coisa em casa prá comer, por isso tive que trabalhar desde criança." Relata que ia obrigada para a escola, mas logo parou. Fala com alegria da adolescência: "Foi muito divertida. Namorei bastante, gostava de dançar, ia em todos os bailes que tinha por perto de casa. Aí, eu casei e o baile acabou. Eu gostava dele, mas fiquei doente na gravidez, ele começou a beber e morreu de tanto beber. Eu ficava muito sozinha, ele não ligava prá mim. Depois que ele morreu eu fiquei mais sozinha ainda." Diz que agora, fica no hospital ou morando com o irmão que judia muito dela, "ele bate em mim, me põe de castigo no chiqueirinho da Bita (cabrita) e só grita comigo." Perdeu dois filhos recém-nascidos. O pai da paciente morreu há uns 40 anos de "pneumonia dupla num hospício." A mãe morreu logo depois do pai. Teve 6 irmãos, sendo a 3ª filha.

"Estou doente desde 1950. Fiquei grávida e doente, tive que ficar em hospital de doido. Minha doença foi ter o

menino, depois que ele nasceu magrinho, eu melhorei. O médico falou prá não ter filho que eu ficava doente de novo." Relata mais de 5 internações. É sua primeira internação na Unicamp. Não há seqüência em tratamentos ambulatoriais. "Não deixo ninguém quieto em casa, falo e eles ficam bravos. Meus olhos secam e não conseguia dormir. Dormia no saco de forragem com a Bita." Relata que a avó paterna e o pai morreram em "hospício".

Freqüenta o Centro Espírita faz mais de 20 anos. Há mais ou menos um ano foi na Congregação Cristã do Brasil e já freqüentou a Umbanda e a Católica. "Fui buscar alguma coisa diferente, mas o Deus é o mesmo." Buscou a "crente", porque falaram que ia sarar de seus "problemas" e a cunhada insistiu para que fosse. "Sou espírita, desde que minha mãe levou meu pai no centro. Ele tinha que ser médium prá sarar da doidera que dava nele. Vou e recebo o espírito do Chiquinho, meu irmão que morreu com 5 anos, ele só fala "graças a Deus" e vai embora." Toda a família é Espírita.

Observações de Enfermagem: esteve 25 dias internada. No dia da internação: "Admitida acompanhada pela família. Chegou confusa e calma. Foi acordada à noite por outra paciente, mostrando-se inquieta e chorosa. Diálogo difícil de entender, deambulando pela enfermaria, sendo necessário medicação para que dormisse. Ansiosa, não pára em lugar nenhum."

"Mantém-se inquieta, falando bastante."

"Apresentando discurso desconexo."

"Deambulando pela enfermaria, acompanhando cânticos religiosos junto com outra paciente."

"Apaixona-se pelos residentes, quer ser amantes deles. Às vezes, fala muito em sexo. Logorréica. Fazendo proposta de casamento para visitas de outros pacientes."
"Está inquieta e com a sexualidade exacerbada."
"Às vezes chora e pede prá ir embora."
"Não dormiu, sendo necessário medicá-la."
"Continua falando, mas bem menos. Insiste em querer dar beijos em todas as pessoas."
"Mantém fisionomia entristecida."
"Falando menos, fala baixo, parece triste."
"Mais calma, com boa interação ao meio."
"Mantendo conduta de melhora."
"Saiu de alta."

CASO Nº 12

Masculino, 58 anos, preto, casado, três filhos, natural de Paraguaçú - MG, procedente de Campinas - SP, mobral, aposentado (pedreiro), renda familiar de 3 salários mínimos, Igreja do Evangelho Quadrangular.

Desde pequeno: "Trabalhava na lavoura. Era muito duro, meu pai obrigava a viajar com ele com as boiadas, dormindo no mato, no caminhão, quase sem comer e eu sumi de casa por causa disto. Sai com 7 anos, vim andando até que uma família me recolheu e estudei um pouco, no mobral." Ficou trabalhando na base aérea em São Paulo, depois trabalhou numa firma. "Vim prá Campinas trabalhando como pedreiro. Morei em Mi-

nas e comprei uma terras por lá e foi lá que comecei a ficar doente. Casei há uns 20 anos, a gente vive muito bem. Não temos problemas graves em casa." A mãe do paciente morreu de infarte, quando ele tinha 6 anos. Do pai ele não teve mais notícias depois que saiu de casa. Eram cinco irmãos, hoje só há uma irmã viva. O paciente é o mais novo.

Relata que seus problemas começaram há uns 15 anos. Começou a comprar terras em Minas, um vizinho cortou a cerca e soltou o gado na lavoura de feijão e milho que ele havia plantado. "Perdi uns 40 sacos de feijão, muito dinheiro e todo o meu trabalho, fiquei devendo no banco. A justiça não deu bola e fiquei doente, nervoso com tudo." Esteve internado num hospital psiquiátrico em Araras e em três hospitais em Campinas. Na Unicamp é sua primeira internação. Não faz tratamento ambulatorial. "Eu fico bom no hospital, mas depois alguma coisa me deixa doente de novo. Escurece a vista nem sei o que faço. Tem uns 16 anos que não bebo, antes bebia muita pinga." Conta que anda nervoso há uma semana, não dorme e pensa coisas sobre a esposa. Acha que ela tem ou tinha "um caso com uma pessoa onde ela trabalha, fico confuso não sei se é verdade." Não consegue lembrar o que fez quando saiu de casa e nem sabe como veio para o hospital.

Freqüenta a Igreja do Evangelho Quadrangular há 8 meses. Era Católico e freqüentou durante 6 meses a Assembléia de Deus, há 5 anos. Saiu da Católica, porque "o padre só fala em política e briguei com ele." Foi na Assembléia de Deus "assistir o culto deles, gosto dos hinos, ninguém me levou lá." Os colegas dos filhos o convidaram a entrar na Quadrangular.

"Fui buscando palavra de conforto e encontrei lá. Tinha vontade de fazer pregações na rua, por tudo que já passei, precisava falar a palavra de Deus pras pessoas."

Observações de Enfermagem: esteve internado por 8 dias. No dia da internação: "Internou acompanhado pela esposa. Pouco comunicativo, apresenta boa interação com o meio."
"Paciente tranqüilo, tem ficado mais no quarto, apesar de deambular esporadicamente. Adequado, participou das atividades de terapia ocupacional."
"Está tranqüilo, comunicando-se só quando estimulado, mantendo pouco contato com os outros pacientes."
"Conversa quando estimulado, tranqüilo."
"Mantendo conduta."
"Saiu de alta."

CASO Nº 13

Masculino, 28 anos, branco, solteiro, natural de Campinas - SP, procedente de Campinas - SP, 6ª série do 1º grau, inativo, não soube informar a renda familiar, Umbanda.

Falando sobre a infância: "era muito sapeca, brincava de índio. Em casa era meio barra com a minha mãe que sempre bebeu e tinha que ir pro hospital. Depois, eu saía com a turma, gostava de bailes e samba, sempre fui um cara normal. Não consegui estudo mais, parei na 6ª série, minha mente não desenvolvia. Com 21 anos teve o acidente e fiquei bloqueado assim." Sofreu um acidente de carro, tendo traumatismo cra-

niano e iniciando uma série de internações psiquiátricas. Os pais se separaram há mais ou menos um ano. A mãe já esteve internada mais de 20 vezes devido ao alcoolismo. Tem apenas uma irmã mais velha do que ele.

Conta que seus problemas começaram após o acidente. Ficou em coma alguns dias e depois "minha mente não desenvolveu mais. Fico falando com os orixás, eles não param de conversar comigo e tenho que responder." Ficou 3 anos internado num hospital psiquiátrico em Itapira. Teve mais de 5 internações em Itapira e Campinas. É sua 2ª internação na Unicamp. Queixa de insônia há 15 dias. "Não consigo dormir e ando meio perturbado."

"Eu fui batizado na Católica, mas nunca ia lá. Agora, tem uns 8 anos que sou da Umbanda. Parei de ir lá um pouco, porque os orixás não me davam paz. Agora voltei, troquei os orixás que me prejudicavam. Estou com o oxóssi Sete Matas, é um guia bom. Fui prá Umbanda sem querer, comecei a desenvolver e fiquei. Eu recebia um índio banana que me prejudicou. Eu oferecia bebida e coisas prá ele. Esse índio não me deu paz, me deixou sem dormir, aí aconteceu o acidente e eu fiquei falando sozinho. Esse índio não enxergava é um zombeteiro, um orixá sem luz, não tem falange, fazia mal prá mim. Eu falo com os guias, deuses e oxalá desde pequeno. Agora esse oxóssi tá me dando paz." A família é católica não praticante.

Observações de Enfermagem: esteve internado por 31 dias. "Admitido, acompanhado pelo pai, aceitou a internação. Agitação psicomotora, insônia, inapetência, risos imotivados. Permaneceu no leito, levantando para pedir cigarros."

"Deambulando pela enfermaria, fuma bastante e bebe café. Quer sair no pátio a toda hora. Às vezes, fala sozinho, chegou a dar um beijo em uma paciente. Dormiu à noite."

"Está inquieto, entra e saia da enfermaria, solicita cigarros constantemente. Com verbalização incompreensível. Irrita-se quando tentamos controlar seus cigarros. Fala alto, grita sem conseguir se controlar."

"Esteve mais calmo, fumando em demasia. Observar contato com paciente feminina."

"Dorme até depois do meio dia, sendo necessário retirá-lo à força do leito. Continua falando sozinho e rindo muito."

"Deita em qualquer leito que acha vazio. Discurso acelerado com ele mesmo, não dá pra entender o que diz. Fica exaltado falando sozinho, em tom agressivo."

"Diz ter tido um "desvio mental no nascimento" e por isso tem o "pensamento fraco". Falou do acidente e da família. Diz ter uma coisa que o domina e fala por ele e ele fala com Jesus. Diz que é "doente" e não pode estudar, trabalhar, ter uma mulher. Parecia triste com estas constatações. A sexualidade está exacerbada. Masturba-se com freqüência."

"Paciente inquieto e falando sozinho com os espíritos."

"Mantendo quadro inalterado."

"Iniciou 1ª sessão de eletroconvulsoterapia."

"Alternando momentos de tranqüilidade e inquietação."

"Triste, diz que está "encafifado com o choque" que tem tomado na cabeça."

"Saiu de licença hospitalar com o pai, durante o dia. À noite, voltou. O pai relata que foi bem, mas no caminho para o hospi-

tal começou a falar com os exús e preto velho."

"Apresentando diurese no leito. Vigilância no contato com pacientes femininas."

"Mantendo mesma conduta, com ligeira melhora. Porém, há momentos de agitação em que fala e ri sozinho, chegando a brigar com seus espíritos. Realizada a 9ª sessão de eletroconvulsoterapia."

"Saiu de alta com o pai."

CASO Nº 14

Feminina, 19 anos, preta, solteira, uma filha, natural de Indaiatuba - SP, procedente de Itú - SP, 1ª série do 1º grau, inativa, não sabe informar a renda familiar, Assembléia de Deus.

Começa assim a falar de sua história: "Sou filha legítima. Quando era novinha caí de ponta cabeça. Minha mãe fala que não acordava e me levou pro hospital, que meu pai brigou com ela que não cuidava direito de mim, e por isso caí." Dificuldades na escola: "Nunca gostei de ir lá. Era tudo difícil, não entendia as coisas direito. A professora brigava muito comigo, porque não ficava quieta e não fazia as coisas de casa. Repeti 3 vezes a 1ª série. Tenho vontade de sair com as meninas, de dançar, mas meu pai não deixa ainda e agora acho que não deixa mesmo." Ela vai falando sobre sua família, suas vontades e acaba contando o estupro que sofreu. "Me pegou à força e dizia que se eu contasse, ele me matava,

não contei pro meu pai, nem prá minha mãe. Só que me deu um nervo e a barriga começou a crescer. Ele trabalha na fazenda do lado de onde a gente mora. Meu pai depois queria matar ele. Eu falei o nome dele quando a barriga começou a crescer e eu não sabia o que era aquilo. A menina é uma gracinha, pequeninha. Esqueço o nome dela, meu pai é que sabe." Mora com os pais, tem 2 irmãos e é a mais nova.

Conta que já esteve internada em outro hospital "assim, igual a esse", mas não se lembra o nome. Faz acompanhamento ambulatorial em Itú, toma remédios e faz terapia ocupacional. "Fico nervosa, o sangue sobe na cabeça e faço um monte de coisas que não lembro. Jogava pedra nos carros que passavam lá na rua, jogava caco de vidro prá furar os pneus. Quero ônibus circular na minha rua." Piora há uma semana. A filha está com 2 meses. Fala com carinho dela, mas refere que quem sabe tudo é seu pai: o nome da filha, quem cuida dela, quando nasceu. Não sabe relatar se há pessoas na família com distúrbios psiquiátricos.

Relata já ter ido na católica, há 6 meses freqüenta a Assembléia de Deus com uma vizinha. "A vizinha e o povo lá da igreja falam que vão me ajudar a ter mais jeito e não ficar com esse nervo todo. Melhorou a cabeça na crente, eu fiquei boa. Rezar prá Deus é força prá mim. Eu não leio a Bíblia, não sei ler direito, mas orar eu oro, até aqui. Vestido e saia na crente pode, não pode é calça comprida, batom, essas pinturas na cara." A família é católica e a mãe às vezes a acompanha na Assembléia.

Observações de Enfermagem: permaneceu internada

por 12 dias. "Internou acompanhada pelo pai, responde em tom agressivo, agitação psicomotora, sempre com olhar desconfiado."

"Está irritadiça, com agitação psicomotora e agressividade verbal. Esmurrou e forçou a porta para sair. Aumenta o volume da TV, dificuldade em acatar limites. Cantando e dançando na frente da TV. Olhar desconfiado."

"Diz que em casa não parava quieta, andando bastante, e às vezes, batendo pratos. Permanece com outros pacientes, mas não presta muita atenção neles."

"Saiu de licença hospitalar."

"Voltou da licença mais sorridente, animada. Seu pai nos informa que ela continua "variando", foi tratar dos porcos e quebrou o balde, falava sozinha. O pai está pedindo um laudo dizendo que a paciente tem problemas psiquiátricos, quer indiciar o rapaz que a estuprou."

"Tranqüila, pouco comunicativa."

"Mantendo conduta de melhora."

"Um pouco pegajosa e pueril"

"Saiu de alta."

CASO Nº 15

Feminina, 32 anos, branca, casada, quatro filhos, natural de Estância - SE, procedente de Campinas - SP, 2ª série do 1º grau, do lar, renda familiar de 7 salários mínimos, Umbanda.

Detalhando sua infância: "Eu era um guri, corajosa, líder, política. Subia em árvores, pegava cachorro na rua, soltava papagaio. Todos gostavam de mim. Tive uma infância maravilhosa. Em casa tinha muita briga, mas eu era a queridinha do papai. Na escola gostava de enfernizar a professora e a turminha mais certinha. Fui um galãzinho, eu tenho raciocínio de homem. Saia demais, não parava em casa, andava de carro com os meninos todos, todo mundo me respeitava. Fumava muita maconha. Aí, logo conheci meu marido, engravidei e a gente casou depressa. No começo a vida de casada foi boa, neném novo, era a minha bonequinha. Fomos pro Canadá, prá ele trabalhar no consulado brasileiro. Tínhamos muito dinheiro, aprendi inglês, comprava coisas caras, muita cocaína. Voltamos pro Brasil, prá Uberlândia e meu filho morreu casa, eu já estava no 9º mês de gravidez, fui no médico tendo contratação, ele mandou voltar pra casa. O neném nasceu em casa e morreu nos meus braços e acho que a culpa foi do meu marido. Agora, a gente mora aqui e ele tem muitas mulheres, amantes e eu sobro em casa com os filhos." O pai faleceu com 80 anos. A mãe é viva. Paciente tem onze irmãos, e é a 9ª filha.

"Já fiquei numa clínica de repouso. Tive uma depressão reativa depois que meu filho morreu. Isso foi em 1982, perdi a vontade de viver. Teve um médico que falou que eu tinha esquizofrenia, mas tive depressão. Agora também." Não faz acompanhamento ambulatorial, é sua 1ª internação na Unicamp. "Vim prá cá por estafa física e mental. Não comia, não dormia, ficava andando pela casa e rua prá ver as estrelas. Daí, resolvi pular na piscina do vizinho de calcinha com meu

filho. Subi na árvore da rua, fiz arruaça e meu marido me trouxe prá cá. Meu lugar não é aqui neste hospital, preciso de um "spa" prá descansar." Relata ter um irmão esquizofrênico e que sua família paterna é toda doente, "são todos desequilibrados".

Paciente vai à Umbanda há 5 anos, indo uma vez por mês. Freqüentou a igreja Católica, uma protestante, Espírita e a Sheixo-no-ie. "Fui por simpatia e por convite de amigos. Alguns em casa são da Umbanda, sou de Yemanjá, sinto pelo fluído das pessoas, sou de luz. Minha mãe vai na católica." Não lê a Bíblia, "faço meditação, alguma oração." Acredita não haver nenhuma relação com sua prática religiosa e seus problemas de saúde.

Observações de Enfermagem: permaneceu internada por 31 dias. No dia da internação: "Coerente, deambulação lentificada, anda rebolando."

"A sexualidade está exacerbada. Paciente coerente, boa interação, cantando e dançando. Imponente, às vezes fala em inglês."

"Descontraída."

"Está sonolenta. Insistiu em ficar sentada na cama de um paciente masculino."

"Está mais quieta. Cantou, tocou violão."

"Comportamento oscila entre normal e irritado."

"Com a sexualidade exacerbada e provocativa sendo necessário vigilância."

"Continua hipomaníaca. Na visita, agitou não querendo conversar com o marido."

"Refere estar sufocada na enfermaria, que a única coisa a fazer é fumar."

"Mantendo conduta."

"Não quer conversar sobre seus problemas. Sedutora. Quer alta."

"Tentou fugir da enfermaria."

"Levou um tapa de uma paciente e revidou, ficando bastante irritada e agitada."

"Ficando mais no leito."

"Mais adequada."

"Está sonolenta e tranqüila, menos provocativa."

"Saiu de alta."

CASO Nº 16

Feminina, 49 anos, branca, separada, 5 filhos, Macaubas - BA, Sumaré - SP, 3ª série do 1º grau, do lar, 3 salários mínimos, Congregação Cristã do Brasil.

Relatando sua infância: "Morava na roça, brincava com enxadinha pequena. Trabalhava plantando café, milho, feijão, algodão, abóbora. Gostava de estudar e dançar no baile junto com os irmãos. A mãe que mandava ir dançar. Eles eram bons, a gente era bem pobre, mas se dava bem em casa. Casei em 1963. Gostava um bocado dele, era arretado de bom. De tanto ficar internada, ele arrumou outra mulher. A gente separou só de casa. Minha filha caçula tem 14 anos, ela mora com outra filha casada. Elas têm muitos filhos, alguém tem que ajudar.

Eu moro só com um filho, que é barbeiro igual ao pai. O marido não me ajuda em nada. A gente vive com pouco e agora outra filha vai ter neném sem saber quem é o pai."

Sobre a história de sua doença: "Já fiquei várias vezes internada no Hospital Santa Izabel, no Cândido Ferreira, Alvorada. Eu tomo remédio, mas nem sempre dá prá comprar. Fiquei precisando de hospital e meio doida da cabeça, depois que nasceu minha primeira filha, em 1979. Foi na dieta, o cão, o capeta atenta prá pegar a nossa alma, fiquei ruim, quase morri." Não faz acompanhamento ambulatorial e é sua primeira internação na Unicamp. Seus problemas se intensificaram há um mês. "Não sou doente da cabeça, é uma crise que dá e passa. Gosto de falar muito e cantar os salmos da igreja. Tive uma briga por causa da irmandade da igreja que me fez desespero. Minhas filhas não deixam eu dar pão prá irmandade da Congregação. A gente é pobre, por isso elas não me deixam dar o pão pros outros pobres da igreja, viu que confusão? Eu fico nervosa." O pai da paciente "era fraco da cabeça". Um tio materno esteve internado, também por ser "fraco da cabeça. Acho que na família, somos todos doidos."

Paciente é da Congregação Cristã do Brasil. "Vou ao culto toda terça e domingo. Desde 1968 sou da Congregação. "Relata que começou a freqüentar esta igreja, por convite de uma vizinha. "Cheguei lá e parece que já era crente. Era tudo lindo, todo mundo orando, uma fé, aquelas músicas. A gente andava ruim em casa, não tinha dinheiro, a lavoura não ia prá frente. Aí, a vizinha falou que lá a gente ia conseguir força prá vencer." Quando pequena ia na Católica, sendo batizada

nas duas igrejas. Não lê a Bíblia, pois não consegue ler bem. Faz apenas orações, diz que "novena é coisa de católico. Já fiz pregação na rua. Eu gosto de falar alto, enche de gente na praça. Na igreja não pode usar brinco, cortar cabelo, beber, ver TV, um monte de coisas. Lá, eu escuto vozes do diabo, fala para sair da igreja, quando não estou pensando coisa boa e não estou seguindo a palavra de Jesus." Conta que tinha rinite e passou água que o pastor benzeu e melhorou. Os irmãos vão na Batista, tem uma prima que vai na Congregação e seus filhos não freqüentam nenhuma igreja.

Observações de Enfermagem: permaneceu 28 dias internada. "Admitida acompanhada de familiares. Boa aparência e higiene. Foi contida no quarto devido a agitação, sendo logo solta. Paciente aparenta mais idade do que tem, falando alto, cantando sem parar (logorréica), sem condições de verificar sinais vitais, sendo necessário medicá-la. Tentando beijar outra paciente na boca. Mobiliza demais outros paciente, arrasta a cama, fala alto sem parar."

"Continua em quadro de mania, logorréica, com inquietação. Começou a brigar com outra paciente, sendo necessário restringí-la no quarto. Depois deambulando pela enfermaria, fala alto e não conseguimos entender o que fala, irrita os outros pacientes."

"Falando bastante, às vezes fala sozinha de maneira desconexa."

"Logorréica."

"Está irritada, falando palavrões, andando e falando sem parar."

"Humor irritável. Anda pelo corredor com um lençol na cabeça e segurando a Bíblia. Ainda incoerente. Arrasta mesa, cadeira e cama."

"Beliscando e batendo em outra paciente."

"Quadro inalterado, não acata limites. Junta restos de comida num saquinho de plástico. Espetou outra paciente com um garfo."

"Jogando talco na cabeça de outras pacientes. Permanece irritada. Chorou no telefone com um cunhado. Falando baixo coisas ininteligíveis."

"Comportamento bizarro, labilidade afetiva, ora chora, ora ri.

"Belisca e joga água em outro paciente."

"Recebeu visita de "irmãos da fé", mas não deu muita importância. Tentou enforcar outra paciente que dormia à noite."

"Mantendo desorganização de pensamento, verbaliza coisas sem nexo e com muita rapidez. Comportamento bizarro."

"Parece melhor e mais coerente. Participando de conversas com equipe e contando sobre sua vida."

"Oscilação de humor, mais perceptiva aos acontecimentos ao seu redor. Seus discurso é a fé em Deus."

"Humor exaltado, delirante, andando bastante. Com momentos de exaltação, quando canta músicas religiosas bem alto. Carrega a Bíblia o tempo todo. Joga água nos pacientes para benzer."

"Apresentando certa melhora."

"Sorridente, acata mais os limites, falando menos."

"Paciente em franca melhora. Conversa com calma, fala da família."

"Mantendo melhora."

"Saiu de alta."

CASO Nº 17

Masculino, 34 anos, preto, solteiro, natural de Arapongas - PR, procedente de Itú - SP, 5ª série do 1º grau, desempregado (pedreiro), renda familiar de 3 salários-mínimos, Católico.

Fala que na infância era muito "chorão". "Lembro de ter visto um homem com capa preta, parecia um monstro que abria e fechava a capa, eu tinha 3 anos e ninguém via, só eu." O ambiente em casa não é calmo. Parou de estudar para trabalhar. Na adolescência, só gostava de jogar futebol, "não saia prá botecos. Tive algumas namoradas, a última a família proibiu o casamento por causa da minha doença. Os hospitais me deixaram muitos traumas, antes eu era feliz." Mora com os pais, é o 3º filho num total de 9.

História da doença: "comecei a ficar doente faz uns 9 anos. A polícia me pegou no trabalho e me levou prá uma pessoa reconhecer se eu tinha roubado alguma coisa. A pessoa não me reconheceu, nunca roubei nada. Fiquei nervoso, parei de trabalhar. Nessa época eu falava de paz e amor, lia as escrituras da Bíblia, não entendi por que fizeram isso comigo." Esteve agressivo com o ocorrido, sendo internado em vários hospitais (mais de 5). Ficou amarrado tomando diversas medicações. Na Unicamp é sua 3ª internação. Faz acompanhamento ambulatorial irregular. Esta internação se deve a desconfiança com

os pais. "Há 3 dias minha família me deu um remédio com limão, mel e mais alguma coisa prá que eu morresse. Vim pro hospital prá descobrir o que tinha no remédio que eles me deram. Se estou sendo um estorvo em casa, era só falar. Quero ficar em hospital prá evangelizar, vai ver essa é a minha missão, tem muita gente precisando." A mãe já esteve internada em hospitais psiquiátricos, por "perturbações espirituais, ela xinga, quer pular em poço. Agora em casa, não sai da cama."

Paciente é católico da Renovação Carismática, muito praticante. "Já fui na Igreja Universal do Reino de Deus tem uns 5 anos, fui na Assembléia de Deus e me levaram na Deus é Amor em São Paulo. Disseram que o pastor David Miranda ia me curar. Fui depois que comecei a ficar internado, andava triste, oprimido. Não me curaram nada e me estorvou mais. Acho que essas igrejas não são coisa que presta, só pra recolher dinheiro." Na Igr. Universal do Reino de Deus, "eu recebi uma luz do Espírito Santo e falei que eles eram falsos evangelizadores. Me bateram e me expulsaram. Voltei prá católica. Não adianta sair por aí de igreja em igreja se a gente não tem a força do Espírito Santo dentro da gente. Hoje, só faço visita a outras igrejas." Diz que sua missão é evangelizar e já fez pregações na praça.

Observações de Enfermagem: não foram encontrados todos os relatórios de enfermagem.

O paciente esteve internado por 64 dias.

"Está tranqüilo, bom relacionamento, mantendo idéias de referência sobre sua família querer prejudicá-lo."

"Diz sentir falta de carinho e atenção de seus familiares."

"Mantendo quadro sem crítica da doença. Humor irritado, alternando com momentos de tranqüilidade."

"Diz que não é louco e muito menos esquizofrênico e sim um profeta."

"Pouco comunicativo, humor irritado. Revoltado com os médicos, pois não aceita fazer eletroconvulsoterapia (ECT). Acha que isso é prá pessoas "doentes mentais"".

"Quer ir embora."

"Deprimido. Foi feita a 1ª sessão de ECT. Pede um padre para ser crismado."

"Refere mandar mensagens por pensamentos para as pessoas e que tudo que pensa acontece."

"Resistente ao ECT. dizendo que não fez mal prá ninguém e sente isto como punição."

"Calado, mais no leito."

"Interação difícil."

"Saiu de licença com o pai."

"Voltou da licença e saiu de alta."

CASO Nº 18

Feminina, 38 anos, preta, viúva, 3 filhos, natural de São Paulo, procedente de Campinas - SP, 5ª série do 1º grau, aposentada, renda familiar de 3 salários mínimos, sem religião.

Paciente diz lembrar-se muito pouco da infância. Gostava de estudar e "morava no lar das crianças, era ruim,

batiam em mim". Os pais se separaram quando era pequena e não se lembra do pai. Casou-se e teve 3 filhos. O marido faleceu há 4 anos, por um queda devido a bebida. É a mais velha de 3 irmãos.

Diz que não dorme "por causa do inferno". Já esteve internada na PUC, Cândido Ferreira e Bierrembach várias vezes, por "problema de nervoso. Desde que nasci eu vejo fogo, fico nervosa por causa do fogo. O mundo está acabando e não sou de Deus, acho que sou o capeta." A mãe, o irmão mais novo e um tio materno têm "problemas de nervoso", necessitando de internações psiquiátricas.

Relata que ela e a família não têm nenhuma religião. Não é batizada e comenta não ter freqüentado igrejas. Repete que é o "capeta" e que não é de Deus.

Observações de enfermagem: permaneceu 34 dias na enfermaria. Na internação: "admitida vindo do Pronto Socorro, com uma funcionária. Recusando a internação, higiene corporal descuidada. Aceitou o banho após muita insistência. Fala gaguejando. Procura sair da enfermaria. Demonstra medo da polícia."

"Faz perguntas, não sabe onde está. Há presença de hematomas pelos corpo. Fala que se chama "diabo". Alimentou-se após muito estímulo."

"Está confusa com discurso desconexo e isolada. Diz que escondeu a chave e esqueceu-se onde está. Diz que seu nome é "capeta". Relata que está imunda, mesmo após o banho. Necessário estímulos para todas as atividades. Não sai do fundo do corredor, permanecendo em pé o tempo todo, parada."

"Relata ser "Giraia"."

"Permaneceu deitada no leito, recusando contato verbal."

"Está incoerente, fala em Deus e chora."

"Ainda precisa de estímulos e ajuda para se alimentar, tomar banho e deitar."

"Relata que precisa ir embora."

"Com alguma melhora. Às vezes pergunta se Cristo está aqui."

"Agitada, quer ir embora, pois diz que vai parir um cachorro. Fala que pecou com um cachorro."

"Deitou na cama de uma paciente, referindo medo de dormir sozinha."

"Está chorosa, pedindo para ir embora."

"Tentou se jogar da janela, após a visita, dizendo que tinha medo do fogo."

"Diz que não pode sair daqui, pois é o capeta e acham que ela é louca."

"Falando sem parar que vai queimar no fogo eterno."

"Apresentando idéias de ruína, que está sozinha na terra e pergunta se vai para o inferno."

"Ansiosa, falando que vai fugir se a mãe não vier."

"Saiu de licença."

"Não retornou. Alta por abandono."

CASO Nº 19

Masculino, 22 anos, branco, solteiro, natural de Novas Tebas - PR, procedente de Campinas - SP, 4ª série do 1º

grau, desempregado (trabalhava em depósito de fábrica), não soube informar a renda familiar, Congregação Cristã do Brasil.

"Não me lembro direito de quando era pequeno, acho que brincava." Fala que gostava da escola. Em casa o ambiente é calmo, mas "a gente não conversa muito, todo mundo é meio calado." "Eu paquerava uma moça, mas ela casou e nunca namorei. Fico só em casa, deitado, não tenho nada prá fazer." Paciente é o mais velho de 5 irmãos.

Relata uma internação na PUC: "eu era o capeta, via o capeta e me internaram lá." Houve mais de 3 internações. Não sabe informar quando os sintomas começaram. Diz que toma remédios em casa, não sabendo os nomes. É sua primeira internação na Unicamp. "Estava com dor na perna e no estômago, era só isso e minha mãe me trouxe prá cá, mas aqui é bom." Relata que um primo paterno já ficou internado com "acesso, torcia o braço e babava."

Freqüenta a Congregação Cristã do Brasil há 6 meses. É batizado na igreja Católica, mas há tempo deixou de freqüentar. "Eu estava doente com problemas na cabeça, assim, e meus pais me levaram prá curar na Congregação e curou um pouco. O pastor pegou minha cabeça e orou, ele falou que é só ter fé em Deus e ir lá que fico bom. Tem dia que não vou, eles falam e cantam muito alto, fico com dor de cabeça, faz mal." Comenta que a igreja orienta não fumar e não assistir TV. A família toda freqüenta a Congregação.

Observações de Enfermagem: esteve internado por 24 dias. "Admitido com faces tristonhas, fala baixo, roupas sujas de fezes, pouco comunicativo."

"Está isolado dos demais pacientes, tranqüilo e só no leito."
"Ficando mais no leito. Está mussitando."
"Apresentou distonia muscular, sendo medicado. Comunica-se só quando estimulado."
"Mantendo o mesmo comportamento isolado."
"Está mussitando. Fala apenas por monossílabos, após muito estímulo."
"Apresentando ligeira melhora no contato verbal e afetivo."
"Participou de jogo de bola com os pacientes."
"Mantendo conduta, sendo necessário estímulos para sair do leito, conversar e participar das atividades."
"Permanecendo mais no leito."
"Saiu de alta."

CASO Nº 20

Masculino, 39 anos, branco, solteiro, natural de Ubirajara - SP, procedente de Campinas - SP, 3ª série do 1º grau, inativo, não soube informar a renda familiar, Católico.

Comenta que em casa as coisas sempre foram tranqüilas, "a gente ia vivendo com dava." Deixou de estudar para trabalhar na lavoura. Queixa-se que na escola, "era difícil aprender tudo." Nega namoradas e outro tipo de lazer, além da sanfona que gosta de tocar. Comenta que não sai de casa, não tem amigos, ficando só com a mãe e o irmão. Há muito tempo não trabalha mais. É o terceiro filho de um total de 7. O pai faleceu "faz muitos anos", de derrame cerebral e a mãe é viva.

Ficou internado em Botucatu e Adamantina, mais de 5 internações. "Meu irmão que me leva sempre, só ele sabe o que eu tenho." Faz tratamento em ambulatório e não sabe o nome dos remédios que toma. Remete todas as informações ao irmão, insistindo em dizer que é ele que sabe sobre seus problemas. É sua primeira internação na Unicamp. "Briguei com meu irmão, deu até polícia. Bati nele e ele me trouxe prá cá. Não sei explicar o que me deu." Nega pessoas da família com distúrbios psiquiátricos.

Refere ser Católico, indo à missa todo domingo. Nunca freqüentou outras igrejas. "Não gosto de crente, meus irmãos vão na igreja do pastor, eu não." Vai à missa com a mãe. Relata que faz orações e se sente mais calmo indo na igreja.

Observações de Enfermagem: ficou 11 dias na enfermaria. "Admitido acompanhado pelo irmão. Sisudo, isolado, se limita a responder quando solicitado."
"Permanece só no leito, sem interação com o meio."
"Pouco contato verbal, às vezes fica encostado no balcão do posto de enfermagem, e sorri dizendo que está tudo bem."
"Apresenta importante pobreza no contato verbal e afetivo.
"Cantando hinos religiosos, sozinho no quarto."
"Apresentando risos imotivados. Isolado."
"Está com o olhar assustado, sem contato com os pacientes."
"Apresenta distanciamento afetivo, parecendo não se importar com o que ocorre consigo. No quarto, canta algumas músicas misturadas."
"Saiu de alta com o irmão."

CASO Nº 21

Feminina, 49 anos, preta, amasiada, um filho, natural de Sapesal - SP, procedente de Campinas - SP, 3ª série do 1º grau, aposentada, renda familiar de 2 salários mínimos, Católica.

Relata que não tinha brinquedos na infância, "tinha briga em casa, minha mãe sozinha prá criar a gente. Lembro de vários namorados da minha mãe que iam lá em casa. Era tudo ruim, não tenho nada de bom prá falar." Não conheceu o pai. Conta que não ia bem na escola, já trabalhava nesta época. "Minha vida sempre foi dura. Gostava de ir nos bailes com as colegas, paquerava um pouco. Casei com 16 anos, não deu certo, durou só um ano. Ele bebia também, me batia muito. Juntei com o companheiro de agora tem uns 25 anos. Ele é muito pão duro, não me dá dinheiro prá nada. A gente briga demais, fico sozinha em casa." O filho, que é adotivo, trabalha e estuda, a paciente alega muita solidão. "Por isso eu bebo mesmo, quase um litro de pinga quando estou desesperada." A mãe faleceu há 10 anos com problemas de tireóide. É a 3ª de 5 irmãos.

Relata várias internações psiquiátricas devido ao alcoolismo. Comenta que a bebida a faz esquecer as tristezas e se sentir mais animada. Não faz uso de medicações fora do hospital, nem faz acompanhamento ambulatorial. Não vê condições de abandonar o vício. "As pessoas falam que fico agressiva, bato, quebro coisas em casa, mas eu não lembro do que faço." O companheiro é quem a traz para internar. Associa o começo da sua doença a uma cirurgia feita em 1977, devido a gravidez tu-

bária, "a partir daí, fiquei meio ruim e nunca pude ter filhos." Um irmão faleceu por problemas ligados ao alcoolismo.

Paciente é católica desde que nasceu. Participa de reuniões carismáticas e vai à missa todos os domingos. Chegou a ir nas igrejas Deus é Amor e Congregação Cristã do Brasil, há 2 meses, na tentativa de abandonar o álcool. "Uma colega que mora perto me chamou e eu fui. Orei com eles, oraram muito prá mim, mas não adiantou nada. Nada me cura. Eles disseram lá que eu ia ficar curada prá sempre, mas não resolveu nada ter ido. Só fui por isso e voltei prá católica. Não gosto daquela cantoria da crente e daquelas coisas que eles falam que Jesus vai voltar." O companheiro é católico e o filho não vai à igreja. "Creio em Deus, sinto um alívio no coração e a cabeça limpa quando rezo."

CASO Nº 22

Feminina, 33 anos, branca, casada, 3 filhos, natural de Caconde -SP, procedente de Campinas - SP, 3ª série do 1º grau, do lar, não sabe relatar a renda familiar, Congregação Cristã do Brasil.

Sobre a infância comenta que "era bom, lembro de coisas boas. Brincava de casinha e pique com minhas irmãs. Em casa era calmo, a gente não tinha muito dinheiro, tudo era difícil prá comprar. Não gostava de estudar e parei logo." Na adolescência diz que "não saia de casa, tinha poucos amigos, trabalhava na roça. Casei com 25 anos e tive os filhos, mas

minha vida não é boa, fico nervosa por qualquer coisa. Não trabalho porque o marido não deixa e fico o tempo todo em casa, não aguento e bebo pinga prá melhorar." O marido também é alcoolista e bate na paciente. O pai faleceu devido a cirurgia cardíaca quando a paciente tinha 10 anos, a mãe também falecida por derrame cerebral. É a 1ª filha de um total de 8.

É sua primeira internação, nunca tomou medicamentos psiquiátricos. "Nervosa eu sou a vida toda, nunca fiz tratamento ou vim no hospital por causa disso. Sinto uma tontura na cabeça, fico esquecida, passo muito nervoso na vida. Bebi um pouco de pinga esses dias, mas não bebo todo dia. Bebi de raiva de meu marido, que me bate e a gente briga sem parar." Relata estar assustada no hospital e que em casa ouvia alguém chamando, olhava e não havia ninguém. O marido e um irmão são alcoolistas.

"Minha mãe era católica e ensinou alguma coisa prá gente, orações. Não lembro direito se meu pai tinha fé em alguma coisa. Já fui em várias igrejas de crente. A primeira vez foi com uma vizinha, estava nervosa e sem ter o que fazer em casa, pensando em beber o tempo todo. Fui e fiquei na Congregação Cristã, mas já fui na Assembléia de Deus e até na Igreja Universal do Reino de Deus, daquele pastor que é dono de TV. Eu rezo, canto com eles, parece que fico melhor lá, mas depois volta tudo, sarar de vez não acontece. Não sei que tentação tem dentro de mim que rezo e não adianta." Relata que as filhas não gostam que ela vá à igreja crente. Não consegue seguir as proibições da igreja, "eu vejo TV e acabo bebendo pinga."

CASO Nº 23

Feminina, 32 anos, branca, casada, 2 filhos, natural de Passos - MG, procedente de Campinas - SP, 4ª série do 1º grau, comerciante, renda familiar de 7 salários mínimos, Católica.

"Meu pai bebia muita pinga, minha mãe largou dele por causa disso, eu tinha 7 anos. Fui morar com ela, passamos muita necessidade. Não são coisas boas prá lembrar. Eu tinha uns desmaios e repeti a 1ª série três vezes. Não continuei a estudar e comecei a trabalhar em casa de família." Relata que na adolescência não tinha amigas e ficava em casa ou no trabalho. "Dai, conheci meu marido que era amigo do meu irmão. Namoramos pouco, não deu nem um ano. Casei com 17 anos, foi uma bobagem casar tão cedo, acho que por isso não deu certo. Ficamos casados 5 anos. Parei de trabalhar e depois voltei, porque o marido ganhava muito pouco e comprei esta lanchoneta que tenho hoje." Fala que o primeiro filho nasceu quando ela tinha 21 anos e a relação conjugal já não estava bem. A separação ocorreu quando o filho tinha um ano. Depois de 2 anos, se uniu ao segundo marido e há 5 meses teve uma filha. Porém, continua a ter problemas com o primeiro marido que a incomoda, persegue e faz chantagens com o filho. "Eu acho que ele não aceitou a separação e sente ciúmes do meu atual marido. Procuro a igreja e converso com o padre, rezo prá desabafar." O pai é vivo com 73 anos, a mãe faleceu de parada cardíaca. É a mais nova de 9 irmãos.

"Está é a minha segunda internação aqui. A pri-

meira foi por causa de nervoso pelas pressões do meu ex-marido. É a primeira vez que tento morrer. Não vejo saída prá ficar livre dele." Tomou formicida na casa nova que comprou com o atual marido. O pai teve várias internações por alcoolismo e uma prima materna suicidou-se há 5 anos com um revólver.

A família era toda católica. A paciente nunca frequentou outras igrejas, sendo católica praticante. "Meu pai virou crente faz tempo e isso ajudou ele a parar de beber." O pai e um irmão frequentam a Congregação Cristã do Brasil.

CASO Nº 24

Feminina, 58 anos, preta, viúva, 7 filhos, natural de Barbadas - CE, procedente de Campinas - SP, 4ª série do 1º grau, aposentada, renda familiar de 2 salários mínimos, Católica.

Comenta sobre uma infância alegre. "Eu lembro de muita coisa boa, a gente rezava todo dia tinha que chover prá conseguir plantar e ter o que comer. Brincava na beira do rio, em casa era bom. Minha professora era bonita e batia na gente com vara quando a gente não sabia a lição." Relata sobre várias festas e danças na roça. "Sempre trabalhei plantando feijão. É difícil, a terra não ajuda a gente. Casei e continuei na lavoura, mesmo tendo filho e a casa prá cuidar. O marido bebia e eu é que tinha que plantar. Era ruim comigo, judiava de mim e das crianças. Morreu ruim mesmo de bebida. Agora, eu fico assim sem entender as coisas e preciso de filho prá cui-

dar de mim, tive que mudar prá essa cidade." Os pais faleceram e não sabe a causa. É a 3ª de 6 irmãos.

Não sabe precisar quando iniciaram seus problemas e descreve várias internações psiquiátricas no Ceará. "Já tomei muito remédio prá melhorar a cabeça, mas o problema é que puseram mandinga em mim. O rezador de lá falou que têm inveja de minha fala e fizeram isso prá eu não ir prá frente, viver na rua, sem ajuda." Veio para Campinas há 8 dias morar na casa de um filho. "Eu ia na reza do rosário do Bom Jesus e me jogaram mandinga. Meu problema é nervo por causa disso. Não lembro como vim pra esse hospital, minha cabeça embaralha tudo, não sei nada direito." Relata que a mãe "não batia bem da cabeça, tinha as idéias atrapalhadas."

A família é católica praticante, nunca procurou outras igrejas. Na roça, tinham fá no Pe. Cícero, rezavam na igreja, procissões, quermesses. Rezavam terços em casa e acendiam velas prá não faltar comida e chuva. "Não gosto de crente, nem de macumba." Repete várias vezes que a "mandinga" a deixou doente. "Se conseguir ir lá no Bom Jesus, eu melhoro das idéias."

CASO Nº 25

Feminina, 30 anos, branca, separada, uma filha, natural de Cornélio Procópio -PR, procedente de Sumaré -SP, 2ª série do 1º grau, desempregada, renda familiar de 2 salários mínimos, Congregação Cristã do Brasil.

Infância difícil, não conheceu o pai. "Minha mãe sozinha e eu, a gente vivia de favor de parente. Eu não tinha boneca e sempre quis uma bola." Relata muita dificuldade de aprendizagem na escola. Ela e a mãe ficaram algumas vezes na rua, sem ter onde morar. Quando a mãe faleceu, a paciente tinha 7 anos e foi morar com uma prima. "Minha prima era pobre, a gente continuou mudando e eu comecei a trabalhar em casa de família." Casou-se cedo, o marido bebia, era grosso com ela, mas trabalhava direito. "Casei com 16 anos, nem gostava dele e não sabia cuidar de nada." A gravidez ocorreu logo, éram gêmeos e o menino morreu no parto, sobrevivendo a menina. Comenta que a vida sempre foi difícil e ela trabalhando de casa em casa. "Daí, eu nervcosa assim, o marido ruim prá mim e prá filha, até que ele estuprou a menina quando ela tinha 11 anos e fiquei doida de vez e não quero mais falar disso e nem saber dele."

Relata uma internação no Cândido Ferreira. É sua primeira internação na PUC. Não faz tratamento ambulatorial e toma remédios "prá ficar calma", porém, diz não lembrar o nome. "Estou aqui, porque já fui médica, cantora, sou irmã da Maitê Proença. Eu era jornalista e colhia informações pro detetive Palhares. É isso e tem gente que não acredita no que falo, por isso me trouxeram prá ca. Tive um acidente de carro, faz uns 6 meses, bati a cabeça, fiquei desmaiada e muito nervosa." Uma tia materna morreu em hospital psiquiátrico.

Frequentou a igreja católica e há um ano vai à Congregação Cristã do Brasil. "Fui de bobeira, achava bonito a cantoria deles." A mãe era católica. "Meu marido não acredita

em Deus e não levo minha filha a nada. Fico com medo quando falam do diabo."

CASO Nº 26

Masculino, 20 anos, branco, solteiro, natural de Umuarama - PR, procedente de Sumaré - SP, 5ª série do 1º grau, desempregado, não soube informar a renda familiar, sem religião.

Fala sobre uma infância conturbada, com muitas brigas em casa. "Não gostava de ninguém em casa, tinha muita briga. Meu pai a gente quase não via, ficava só na rua. Minha mãe faz as vontades dele e nem liga prá gente. Sempre briguei muito com meus pais e irmãos." Comenta que ia para a escola "obrigado" pelo pai, "queria ficar jogando bola. Estudei até a 5ª série, parei prá trabalhar, só que não gosto de trabalhar e aí conheci uma turma meio da pesada. Faz uns 7 meses que não trabalho, não páro em emprego por causa da bebida. Fico pela rua, só vou em casa prá dormir, e já dormi muito na rua. Já tive umas 3 namoradas, mas nada sério, gosto de ficar com os amigos e elas não entendem isso. Tenho vontade de estudar, talvez um dia faça engenharia. Eu quero mesmo é sair daqui." É o mais velho de 3 irmãs.

Faz uso de maconha e álcool há 4 anos. "Acho que fiquei delirando na rua e me trouxeram prá cá. Não lembro direito o que aconteceu e nem sei quem me trouxe. Já estou bem e quero sair daqui, isso aqui é um inferno." Há duas internações

anteriores em Indaiatuba e hospital Alvorada. Não faz acompanhamento ambulatorial e não se dispõe a um tratamento sequencial. Comenta que já tentou parar ou diminuir, porém a companhia dos amigos estimula o uso. Há um primo materno drogadito.

É batizado na igreja católica, porém não frequenta nenhuma igreja. "Não sei se acredito em Deus, essas coisas, parece tudo muito distante de mim." A mãe é católica e frequenta também a Congregação Cristã do Brasil.

CASO Nº 27

Masculino, 30 anos, branco, casado, 2 filhos, natural de Tupã - SP, procedente de Campinas - SP, 8ª série do 1º grau, mecânico, renda familiar de 3 salários mínimos, Assembléia de Deus.

Fala que era feliz na infância. "Era feliz naquele tempo, não tinha problemas com os pais, brincava e me divertia o dia todo. Ia bem nas provas, mas não estudava muito. Nessa época, meu pai resolveu mudar prá cá e a gente gostou." Na adolescência, não tinha muitos amigos. Relata que demorou para se adaptar à cidade, ficava em casa, isolado. Não comenta sobre namoradas, diz que não se sentia bem perto das meninas, tinha medo e vergonha. Estudava à noite e já fazia algum trabalho de mecânico durante o dia. Conheceu a esposa há uns 6 anos na igreja. Namoraram e logo se casaram. No começo havia tranquilidade e o relacionamento ia bem. "Não sei explicar o que me aconteceu e acontece até hoje. Acabo perdendo a cabeça

e a gente briga por qualquer coisa. Ela não trabalha, fica só em casa cuidando das crianças. Eu vivo internado e de licença do serviço, nem sei se vão me aposentar, por causa disso." É o 2º filho de um total de três.

Esta é sua 6ª internação na PUC e já esteve 3 vezes em hospitais de Itapira. Diz que é sempre "pela mesma coisa. Fico nervoso, brigo com todo mundo, as vozes na cabeça, não controlo." Relata que estes fatos começaram há 4 anos e não consegue estabelecer desencadeantes. Não faz acompanhamento ambulatorial e a medicação é tomada de acordo com o que é determinado nas internações. Comenta que nas internações anteriores fica bem, no hospital só dorme e descansa. Fica agitado em casa. "Fico ouvindo vozes dentro da cabeça, saio andando à toa na rua. Entrei na casa da vizinha prá ver TV e eles ficam com medo de mim e me trazem prá cá." Nega distúrbios psiquiátricos na família.

Paciente é da Assembléia de Deus há 12 anos. "Foi um amigo do trabalho de meu pai que convidou a gente e fomos lá ver, gostamos e a família ficou toda crente." Antes eram católicos não praticantes. Tem participação ativa na igreja, faz pregações na praça. Sobre as proibições diz: "não pode escandalizar a igreja. Mulher com pintura, roupa curta, essas coisas. Toda 6ª feira tem expulsão de quem cometeu o adultério. É expulso da igreja e não pode mais voltar. Muitos lá receberam o dom da cura e me curaram, já não tenho mais nada na cabeça, só o nervosismo."

CASO Nº 28

Masculino, 36 anos, preto, solteiro, natural de Santo André - SP, procedente de São Pedro - SP, 2ª série do 1º grau, desempregado, não sabe informar a renda familiar, Assembléia de Deus.

Sobre a infância: "não lembro direito, acho que brincava." Da escola, diz: "não queria ir, minha mãe me levava no braço. Não sei ler, não faço conta." Responde negativamente sobre amigos, diversão, namoradas, lazer. "Fico o tempo todo em casa. Começaram a me perseguir e não saio, não gosto. Trabalhei em construção de casa, mas não tenho mais serviço." Paciente é o mais velho de três.

Relata que ficou vários meses em hospitais psiquiátricos de Itapira. Teve outras internações em hospitais de Campinas e na PUC. "Tem gente que me persegue desde quando eu tinha 19 anos, e estão assim até hoje, de vez em quando somem e voltam de novo." Não toma remédios regularmente e não faz acompanhamento ambulatorial. "Não sei porque estou aqui, tem gente atrás de mim e me colocaram aqui preso. Quero ir embora. Eu falo com deus todo dia, olho prá ele e de nada adianta, as pessoas estão atrás de mim." Comenta que consegue ver Deus e escuta o que Ele diz, mas não pode me contar. Não sabe relatar se há pessoas na família com problemas psiquiátricos.

Paciente era católico não praticante. Foi na igreja Deus é Amor e Umbanda por curiosidade há uns 2 meses, "tive medo lá." É da Assembléia de Deus há 10 anos. Relata que foi na Assembléia ver o "Jesus deles" e acabou ficando. "Mas

nem lá adianta, não tenho sossego, eles ficam atrás de mim lá também." A família é católica e não se importam se ele vai na "crente".

CASO Nº 29

Masculino, 60 anos, branco, casado, 3 filhos, natural de Campinas, procedente de Campinas - SP, 8ª série do 1º grau, aposentado, renda familiar de 3 salários mínimos, Católico.

Relata que o pai era muito agitado, sempre "correndo atrás de dinheiro. Meu pai fundou uma loja de armarinhos com os irmãos e a família toda vive desse negócio." Houve briga na divisão dos tios e agora briga com os irmãos. "Negócio de família onde todo mundo manda e trabalha é assim." Gostaria de ter feito faculdade, porém, parou de estudar para trabalhar com o pai. "Estou casado há 35 anos, acho que foi o casamento que me deixou mais nervoso do que eu já era." Paciente diz que a esposa é nervosa e pensa que ela é que deveria estar internada. Esclarece que ela é muito exigente sempre querendo coisas novas em casa. É o 3º filho de 4.

Calcula que desde o casamento vem tendo momentos de nervoso excessivo, com várias brigas com a esposa. Lembra-se de mais de 5 internações na PUC e Tibiriça. Toma "calmantes" em casa, mas não faz acompanhamento ambulatorial. Não consegue manter o controle, agride a esposa, quebra objetos em casa. "Desta vez houve uma discussão por causa do imposto pre-

dial da minha sogra que eu não queria pagar." A esposa providencia as internações. Nega antecedentes psiquiátricos, mas diz que são todos "muito nervosos."

É católico pouco praticante. O pai passou para a igreja Batista há uns 40 anos. O paciente nunca freqüentou outras igrejas. "Não acredito que a igreja possa melhorar alguma coisa grave, só alivia no momento que você está lá dentro, saiu volta tudo."

CASO Nº 30

Feminina, 48 anos, preta, casada, 9 filhos, natural de Montes Claros - MG, procedente de Campinas - SP, 3ª série do 1º grau, do lar, não soube informar a renda familiar, sem religião.

"A gente vivia na roça, meu pai plantava cana, feijão e milho e todos os filhos tinham que ajudar. Não lembro de brigas em casa, nem de nada alegre. A gente ia vivendo sem muita graça." Não sabe ler, nem escrever: "até que eu tentei, mas tenho a cabeça dura e não aprendi nada." Da adolescência diz que "não gostava de namorar, beijar, essas tranqueiras." A família mudou para São Paulo, Piracicaba e Campinas e a paciente começou a trabalhar como doméstica. "Casei com 17 anos, tive um monte de filho, acabava de nascer um e eu esperava outro. Tive 16, hoje tem 9 vivos." O pai é falecido e a paciente é a 4ª filha de um total de 9.

Relata que está há 3 dias sem beber. Diz fazer uso

de bebidas alcoólicas há 10 anos. Faz tratamento ambulatorial. Teve mais de 6 internações na PUC, Tibiriça e Cândido Ferreira. "Quando bebo fico ruim e se paro de beber um pouco fico pior. A vida é muito dura, tem que beber prá esquecer os problemas." O pai e o marido são alcoolistas e uma tia materna é "doidinha de tirar a roupa na rua."

É batizada e casada na igreja Católica, mas há muito tempo não freqüenta mais. "Acredito em Deus, mas esse negócio de ficar indo lá na igreja, não é comigo."

CASO Nº 31

Feminina, 23 anos, preta, solteira, natural de Valparaíso - SP, procedente de Campinas - SP, 5ª série do 1º grau, inativa, não soube informar a renda familiar, Igreja Universal do Reino de Deus.

Da infância, fala: "foi ótima, fazia uma bagunça danada, brincava o dia todo de pique, casinha, bola. A gente era pobre mas era bom." Parou de estudar cedo, "essa pomba-gira me dana toda." Diz que não conseguia aprender e colava em todas as provas. Sobre a mudança da família para Campinas, a paciente refere que não gostou da cidade e "a pomba-gira me perseguia mais aqui." Namorou muito "tudo escondido da minha mãe, que me batia e meus irmãos contavam prá ela se eu tinha namorado. Com 9 anos comecei a trabalhar, tomando conta de criança da vizinha que ia trabalhar de doméstica. Agora, que estou assim e não paro em lugar nenhum não trabalho mais e

vivo fugindo da casa de meu pai." É a mais nova de 3 irmãos.

Já teve três internações na PUC e algumas no Bierrembach, não sabendo precisar. Diz ter problemas "de nervoso" há 5 anos. Não toma medicamentos em casa, nem faz acompanhamento ambulatorial. "Não gosto de parar em lugar nenhum, fico fugindo de casa. Tenho problema de nervoso da mente, cabeça boba. Briguei com meu pai e moro com minha tia. Sempre fui assim, por causa de uma pomba-gira que me persegue, chama cigana, não me dá sossego, me deixa louca. Ela me acompanha desde 3 anos." Uma tia paterna é "nervosa assim que nem eu".

Pertence à Igreja Universal do Reino de Deus há 5 anos. "Vou lá mesmo que não tenha culto. Vou com minha tia. Gosto de cantar, bater palmas, converso com o Espírito Santo que faz essa pomba-gira ficar longe de mim. Lá o Espírito Santo me acompanha e não me deixa ficar louca de vez. Já fui no centro Espírita por causa da pomba-gira." Os pais não freqüentam nenhuma igreja.

CASO Nº 32

Feminina, 34 anos, branca, casada, 4 filhos, natural de Hong Kong (China), procedente de Campinas - SP, 8ª série do 1º grau, do lar, não soube informar a renda familiar, Testemunha de Jeová.

A família mudou-se para o Brasil quando a paciente tinha 3 anos. Não gosta de falar sobre esta época. Parou de estudar para ajudar o pai nos negócios. Da adolescência: "não

quero falar disso, sofri muito, era tudo ruim. Não gostava de nada e de ninguém em casa. Vivia sozinha. Casei há 13 anos. A minha vida são meus filhos, vivo prá eles. Parei de trabalhar quando casei e nasceram os filhos. O marido ganhava bem. Não temos amigos, vivemos muito isolados, por isso eu conheci a Testemunha de Jeová e trabalho com eles." Queixa-se de problemas conjugais. "Hoje, quase não conversamos, não sei quase nada da vida dele, quando ficou desempregado, demorou muito prá me contar." Relata que não há brigas, mas uma grande "distância" entre eles. Sua tristeza aumentou após a morte da mãe há 2 anos (não sabe a causa). Tem 4 irmãos.

"Nunca estive doente. Comecei de repente a parar de comer. Eu saia com minhas filhas e comia pastel na feira, comprava frutas prá casa. Daí, o marido perdeu o emprego e reclamou que eu gastava muito. Foi indo e parei de comer. Deu nisso, mas me sinto bem, fiz o que queria, completei 40 dias sem comer. Foi uma penitência, uma provação de Deus e estou purificada." É sua primeira internação psiquiátrica.

Paciente era católica praticante. Há 7 anos está na Testemunha de Jeová. "Ninguém me levou, fui sozinha, queria conhecer coisas e gente nova, queria estudar. Lá a gente estuda bastante e prega a palavra de Jesus de porta em porta. Participo de estudos aprofundados e ensino as crianças. Você podia ir lá e estudar também." O marido entrou depois dela e os filhos também participam. "Lá eu encontrei a paz, minha vida não mudou com meu marido, mas tenho a palavra de Jesus e sei o que ele quer de mim. Estou purificada agora e não morri depois de 40 dias sem comer."

CASO Nº 33

Masculino, 35 anos, branco, solteiro, natural de Pinhal - SP, procedente de Campinas - SP, 3ª série do 1º grau, aposentado, renda familiar de 2 salários mínimos, Assembléia de Deus.

"Não gostava de ficar brincando com os meninos na rua. Ficava em casa." Relata que era quieto, não tinha amigos, não saia de casa. Não haviam brigas em casa. "Quase ninguém falava nada em casa, prá quê falar?" Não sabe ler, diz que não precisa. "Comecei a trabalhar na granja, depois fui cobrador de ônibus, não sabia dar troco direito e me mandaram embora." Diz que gostou de uma moça, há uns 10 anos, namoraram um tempo e ela casou com outro. "Eu queria casar com ela e ter filho, ela tem filho com outro." Hoje, fica só em casa, não trabalha pois diz que não precisa, já está aposentado. "Sou assim, faz uns 10 anos, tem gente querendo me pegar e eu subo no telhado e eles falam que sou doido, mas não sou." Relata que já esteve internado uma vez. "Vim prá cá por causa de problema de pressão alta, já estou bom e não sou doido prá ficar com esse povo aqui." Nega antecedentes psiquiátricos familiares.

Há uns 5 anos entrou na Assembléia de Deus, antes ia um pouco na católica. "É tudo porcaria, não adianta rezar, que a vida não melhora. Eu ainda vou lá, mas o pastor e meu primo falaram que eu ia melhorar e não melhorei nada. Não sou doido, eu queria arrumar emprego e namorada e não aconteceu nada."

CASO Nº 34

Masculino, 19 anos, branco, separado, natural de Varjota - CE, procedente de Campinas, 5ª série do 1º grau, desempregado, renda familiar de 2 salários mínimos, Deus é Amor.

"A gente sempre foi muito pobre. Morei no Ceará até uns 8 anos de idade. Brincava pouco, acho que eu era triste, não gostava de gente. Fiquei com muita raiva do meu pai, que matou meu cachorro antes da gente mudar." Parou de estudar para trabalhar. Conheceu a esposa no trabalho e logo se casaram porque ela dizia que estava grávida, porém não era verdade. "As brigas começaram e não tem fim, saí de casa e não volto mais." É o 3º de 4 filhos.

Nunca esteve internado. Não faz uso de medicação. "Não sei o que tenho, minha cabeça dói muito, começou de repente. Não sei o que estou fazendo aqui. Vim por causa dessa dor de cabeça forte. Minha mãe fala que eu dizia coisas estranhas, mas não me lembro de nada. Ando muito nervoso com a esposa que fala no meu ouvido o tempo todo e estou desempregado." Relata que uma tia materna é "muito nervosa e já ficou em hospital assim uma vez."

Era católico pouco praticante e há 4 meses, foi para a Deus é Amor. "Fui prá pensar, rezar e acalmar um pouco. Tem que acreditar em Deus e ter fé que alguma coisa. A vida da gente pode melhorar se a gente quiser e seguir as orientações do pastor." Diz que pensa em arrumar um emprego e se acalmar freqüentando a igreja.

CASO Nº 35

Masculino, 17 anos, preto, solteiro, natural de Campinas, procedente de Campinas, 1ª série do 1º grau, inativo, sem religião.

Sobre a infância: "eu brincava na rua com os meninos, a tia deixava só de vez em quando. Gostava de soltar papagaio e fazer carrinho de corrida. Eu apanhava dos meninos, batia neles e a tia me batia em casa." Não conseguiu sair da 1ª
série, repetiu 3 vezes e parou de estudar. Hoje, diz que gostava de ouvir músicas altas e a tia não deixa, brigando muito com ele. Relata que fica em casa, mas quando a tia começa a falar e brigar com ele, sai andando e desta vez se perdeu e a polícia o trouxe ao hospital. Não conheceu os pais, nem sabe se tem irmãos.

"Já fui no médico por causa de dor de barriga, quero ir prá casa, não quero ficar aqui, tenho medo deles." É sua primeira internação, não faz uso de medicações. Paciente empobrecido, mussitando, com certo alheamento. Estava andando na rua e a polícia o trouxe para o hospital, pois estava chorando e não sabia falar onde morava. Não sabe relatar se há pessoas na família com distúrbios psiquiátricos.

Refere não freqüentar nenhuma igreja, mas já foi várias vezes na Deus é Amor. "Queria cantar com eles, queria ver Jesus prá Ele me ajudar e ajudar a tia."

CASO Nº 36

Feminina, 38 anos, preta, amasiada, 4 filhos, natural de Palmeira dos Índios - AL, procedente de Campinas - SP, 2ª série do 1º grau, do lar, renda familiar de 3 salários mínimos, Deus é Amor.

"Fui criada na roça, fazia boneca com espigas de milho, era bagunceira e vivia apanhando de minha mãe com vara. Tinha um terreiro de macumba perto de casa e minha mãe e meu pai iam lá e a gente ficava espiando escondido. Eu tinha medo do capeta e do espírito do índio me pegar." Não sabe ler, "a professora era burra." A família se mudou para São Paulo, "chorei muito na mudança. Continuou a pobreza aqui, passamos fome e falta de casa. Trabalhava em casa de família e morava no emprego, meu pai dizia que era menos uma boca em casa. Não parava em emprego, não gosto de madame mandando em mim." Teve dois companheiros antes do atual, está amasiada há 12 anos. Dois filhos são do primeiro companheiro e os outros dois, são do último. "Nenhum homem presta, só querem mandar na gente. Gosto dos meninos, mas me dá um trabalho danado ficar correndo atrás deles." Paciente é a mais velha de 8 irmãos.

Relata várias internações psiquiátricas, não conseguindo precisar um número. Já esteve no Cândido Ferreira, Pinhal, Bauru, Botucatu. "Não gosto de tomar remédio todo dia, não tenho dinheiro prá gastar com remédio. Fiz um pacto com Deus e sou assim, faz uns 10 anos, vejo as coisas que ninguém vê. Minha filha viu sinais no céu, umas nuvens fugindo correndo prá longe. Fiz uma oração e tive revelações, 3 chaves

sumiram, orei 3 dias, vi 3 carteiras. É coisa do espírito que toma conta do meu corpo. Bebi um pouquinho de pinga e minha filha me trouxe prá cuidar da cabeça." O primeiro companheiro e um primo paterno éram alcoolistas.

Freqüenta a igreja Deus é Amor há uns 2 meses. "Já fui na Testemunha de Jeová, macumba, espírita e um monte de crente, Assembléia, Congregação, Reino de Deus. Eu vou mudando quando quero, cansei de uma passo prá outra. Gosto de música e se batem palmas é uma beleza, fico feliz. Agora, na Deus é Amor, fico tomada pelo espírito. Dizem lá que pinga é coisa do demo, mas é tudo mentira deles. Quem fica com medo do capeta fica esquisito. Já preguei na praça perto de casa."

CASO Nº 37

Feminina, 44 anos, branca, solteira, natural de Valinhos - SP, procedente de Vinhedo - SP, 4ª série do 1º grau, doméstica, renda familiar de 2 salários mínimos, sem religião.

"A gente era feliz em casa. Eu brincava muito quando pequena, tinha amigas. A gente era pobre, meu pai não ganhava muito, mas não passávamos fome." Parou de estudar para trabalhar. Teve um namorado desde a adolescência, foi morar com ele quando sua mãe morreu. O companheiro morreu há 8 anos e a paciente se sente desanimada de tudo. "Hoje trabalho como doméstica, moro no emprego. Não tenho nada meu, não saio de casa, não tenho amigos, não agüento mais viver assim." Os pais

são falecidos e a paciente só tem um irmão.

Relata que após a morte do companheiro não se sente bem. Chora muito, não consegue trabalhar, se alimentar, dormir. Está dependente de um tranqüilizante que não se fabrica mais e sua situação tem se agravado. É a 2ª internação na PUC, por depressão.

Era católica praticante quando o companheiro era vivo. Hoje não freqüenta mais e diz não ter mais religião. Não consegue rezar e "não tenho mais fé, não acredito e não participo de nada na igreja."

CASO Nº 38

Masculino, 55 anos, preto, viúvo, 7 filhos, natural de Patu - RN, procedente de Campinas - SP, analfabeto, desempregado, não soube precisar a renda familiar, Igreja Universal do Reino de Deus.

"Eu era índio xavante, nasci na floresta amazônica e fui levado pelo exército prá Natal no RN. Lembro de pouca coisa boa prá contar, gosto de falar do Exército." Nunca foi à escola. "Namorei muita moça bonita e muita índia. Eu era bom nisso. Dançava, cantava música, até dança da chuva eu sabia. Casei e casei bem. Gostava de verdade dela e dos filhos. Tem um filho em cada canto do Brasil. A mulher morreu faz uns 10 anos. Eu sou da marinha e tenho que voltar prá Natal." Os pais são falecidos e o paciente é o 3º filho de um total de 6.

Relata que já esteve internado há uns 11 anos

atrás, "acho que eu era nervoso." Não toma remédios. "Me mandaram sair da casa onde moro e não tenho prá onde ir, fiquei sem dormir. Não posso ficar aqui, é bom, mas meu filho me espera na base aérea de Natal." Relata ter a "missão" de visitar todas as igrejas crentes do Brasil. "Tem gente que não acredita, mas a senhora vai acreditar e por isso meu filho me trouxe prá cá." Nega distúrbios psiquiátricos na família.

"Há 35 anos tenho a missão de visitar as igrejas crentes do Brasil. Comecei na Amazônia com a Missão Novas Tribos que vem de fora do país e agora tem um ano que estou fixo na Reino de Deus. Fui convidado pelo pastor e pelo vizinho. Gosto de louvar a Deus, esperar sua vinda. Prego essas coisas pras pessoas nas casas e fico feliz de ver as pessoas encontrando o caminho de Jesus. Jesus ajuda tudo, só não consegue deixar a pessoa viva. Rezei muito, mas minha mulher morreu."

CASO Nº 39

Feminina, 18 anos, branca, solteira, natural de Limeira - SP, procedente de Arthur Nogueira - SP, 5ª série do 1º grau, recepcionista, renda familiar de 3 salários mínimos, Testemunha de Jeová.

Comenta que brincava muito na infância, mas apanhava dos irmãos e dos pais. "Não gosto de um irmão que me perturba, ri de mim, fala que sou débil, doidinha. Meu pai nunca teve paciência com a gente, gritava e batia prá valer até na minha mãe. Quando ele saia, era ela que batia na gente.

Eu fugia prá casa da vizinha." Sobre a escola: "parei de estudar, porque minha cabeça parou de funcionar, não aprendo mais nada."

Diz que ninguém em casa acredita nela quando fala que trabalhou nas novelas e conhece os atores da Globo. "Agora, que fico em hospital minha mãe ri de mim e não me deixa mais sair de casa prá passear. Vai trabalhar com o irmão." É a mais velha de 4 irmãos.

Já esteve internada uma vez na PUC. "Eu era boa de saúde até 15 anos, quando entrei prá Cruzada, desviei, fui prá Assembléia e piorei." Passou a sair de casa sem rumo, andando. "Gosto de conversar com as pessoas e minha mãe fica nervosa. Eu sonho com pessoas de branco. Fiquei cega uma vez. Já trabalhei em muitas novelas Vamp, Carrosel. Já vi o capeta perto de mim, peguei a Bíblia, enfrentei ele e ele sumiu." Relata que um tio paterno esteve internado "por problemas de bebida."

Participa da Testemunha de Jeová há 2 anos. Já fui na Católica. Era da Cruzada e desviei prá Assembléia, por isso fiquei doente." Insiste que as igrejas crentes não fizeram "bem" prá ela. Foi prá Testemunha com uma prima que falou que seria bom prá ela, ajudar a "melhorar." Comenta que ouve eles lerem e explicar as coisas da Bíblia. Faz pregações nas casas das pessoas. Os pais vão na Assembléia e uma irmã vai na católica.

CASO Nº 40

Masculino, 48 anos, preto, casado, 2 filhos, natural de Sergipe, procedente de Campinas - SP, analfabeto, ajudante geral na Prefeitura, renda familiar de 2 salários mínimos, Assembléia de Deus.

"A gente morava em Sergipe, com muita pobreza. Meu pai trabalhava na lavoura, mas a terra era ruim, não dava nada. A gente já passou fome. Minha mãe era muito boa. Não estudei e acho que minha cabeça não ia agüentar aquelas letras e números." Mudaram-se para o Rio de Janeiro na esperança de melhorar de vida, mas não adiantou. "Vim sozinho prá São Paulo, casei e fui tentando viver. Consegui comprar uma casinha." O pai faleceu de úlcera. É o mais novo de 3 irmãs.

"Nunca precisei de médico assim." Relata que começou a ficar esquecido há um ano, sem sono, com uma tristeza que faz pensar em morrer. Os filhos se preocuparam e o trouxeram para o hospital. Queixa impotência sexual há uns 6 meses. É sua primeira internação.

Freqüenta a Assembléia de Deus há 4 anos, antes era católico não praticante. "Um pastor que é meu vizinho me levou lá e eu gostei. Eu fico bem lá, só que agora não fico feliz com nada disso mais. Já fui na Deus é Amor, apenas fazer uma visita. Eu gosto da doutrina da Assembléia. É preciso seguir as regras de Jesus. Quando comecei a ir na crente, achei que ia melhorar de vida, mas a vida não tá fácil prá ninguém." Faz pregações nas praças com a orientação do pastor.

3. ASPECTOS MAIS RELEVANTES NAS HISTÓRIAS DE VIDA

Aspectos comuns expostos pelos pacientes nestes relatos, serão descritos na tentativa de demonstrar alguns motivos que norteiam a procura e as mudanças de religião.

Estes aspectos das histórias de vida, permitem uma análise qualitativa, um esclarecimento mais amplo de determinada realidade. Os pacientes pesquisados pertencem a uma comunidade, desenvolvendo comportamentos de acordo com a situação social, histórica e cultural desta. (86) Blumer, citado por Nogueira, fala de um relato "da experiência individual que revele as ações do indivíduo como um agente humano e como um participante da vida social." (110).

1. NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL:

Os relatos comprovam uma população de adultos jovens, vivendo situaçôes de baixa renda familiar, com a maioria alegando ter entre 2 e 3 salários mínimos. Os índices de desemprego, inatividade, donas de casa e sub-emprego são relevantes. Na categoria escolaridade o maior percentual aparece nos pacientes com o 1º grau incompleto. Vários casos de migra-

ção para o estado de São Paulo, também são verificados. (fatores discutidos nas tabelas)

Concluímos existir uma rede de fatores sociais que se interpõem, provocando enormes dificuldades de acesso a formas de cultura, lazer, possibilidades de melhores empregos e condições gerais de vida. A doença mental poderia agravar este quadro social, na medida em que impede avanços em termos educacionais e de trabalho. Geralmente, traz estigmas aos doentes com as várias internações, o efeito das medicações e a possibilidade de aposentadoria que às vezes é procurada com insistência pelas famílias visando apenas o ganho, empurrando mais o paciente à inatividade e alheamento.

Este quadro de precariedade social, coincide com a proposta de ação de pastores e evangelizadores das igrejas pentecostais, maioria na preferência destes pacientes. É comum estas igrejas se estabelecerem em bairros pobres, criando uma rede de solidariedade para estas populações. Falam de possibilidades de melhoria nas condições de vida, através da conversão e do seguimento das normas das igrejas. (64, 92, 95, 106) Vários pacientes referem que procuraram estas igrejas na tentativa de uma ascensão econômica, colocando a perspectiva de arrumar um emprego, "melhorar de vida". (Casos 9, 16, 33, 34, 40)

Estes indivíduos marginalizados e em constante desigualdade social buscam ajuda onde haja pessoas em condições iguais às suas. É comum sentirem-se distantes das formas de poder econômico e político. Nestas igrejas, eles podem exercer certo poder, têm a possibilidade de se tornar presbíteros,

professores dominicais, etc. Sentem-se importantes ao pregar a palavra de Deus nas praças e casa. (Casos 1, 12, 16, 27, 36)

Há uma proteção aos migrantes nestas igrejas. Preocupam-se com a adaptação destes indivíduos aos aspectos da vida urbana-industrial. Tudo centrado no seguimento da "doutrina", que são as normas, as regras, as proibições. (99, 100)

2. DESESTRUTURAÇÃO FAMILIAR:

Na descrição das histórias, é comum a presença de pacientes com famílias desagregadas. Vários casos de separação dos pais, outros nem conheceram o pai ou até a mãe, moram com algum parente, já moraram na rua, etc. (Casos 1, 3, 8, 10, 18, 21, 25, 26, 35). Os pais morreram quando ainda eram pequenos. Alguns pacientes falam de ambientes familiares pesados, com muitas brigas, agressões físicas e dificuldades financeiras. Há casos em que os pais têm problemas de saúde sérios, principalmente alcoolismo e distúrbios psiquiátricos ou psicológicos importantes. (Caso 1, 7, 13, 23)

Com as famílias desestruturadas psicologica e economicamente, os pacientes deixam de estudar muito cedo, pois é preciso trabalhar. Alguns relatam terem fugido de casa, buscando trabalho e sossego longe dos pais. (Caso 3, 5, 10, 12)

Quando se casam, as histórias parecem se repetir,

com brigas, dificuldades de diálogo e relacionamento conjugal. Crises financeiras e problemas na educação e cuidado dos filhos. (Caso 2, 4, 29, 34)

Não havendo condições de amadurecimento individual de indivíduos que vivem em famílias desestruturadas, os problemas se transferem para as relações conjugais e com os filhos, na formação de suas famílias. Tudo acrescido pelas dificuldades inerentes ao doente mental no que se refere a relacionamentos e estruturação de sua personalidade.

Delineia-se um quadro de falta de carinho e apoio, presença de solidão, abandono e desamparo.

De uma forma geral, o discurso de todas as igrejas é a união familiar, a paz, o conforto espiritual, o abrandar desavenças. Freud abordava a procura da religião como uma busca de proteção numa relação com o complexo edípico. Estes pacientes tiveram figurais paternas frágeis ou inexistentes.

As igrejas pentecostais exercem um fascínio aos pacientes com seus cultos eufóricos, sua cantoria. No êxtase coletivo, as dificuldades de dissolvem. Na convivência com os "irmãos crentes", estabelece-se um apoio, uma proteção. As normas da igreja procuram levar as famílias a se entender, se aproximar. O discurso do pastor impõe respeito, as leituras bíblicas reforçam a existência de um ser superior que vai cuidar deles. As proibições, podem exercer os limites que internamente o doente mental não consegue ter.

3. PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA:

Nas baixas condições sociais e culturais já descritas, o paciente psiquiátrico pode não compreender totalmente sua doença, nas formas conhecidas do discurso psiquiátrico para explicar-lhe o seu adoecer. Pode haver revolta com um domínio que não é de seu conhecimento e se faz distante dele. Pode se tornar submisso, procurando as internações até desnecessariamente ou pode se rebelar contra o tratamento que não lhe satisfaz. As diferenças sociais entre ele, o médico e a equipe, são percebidas. As várias internações, os sintomas aparecendo cedo na vida destas pessoas, o estigma familiar e social diante da loucura. (Caso 17, 20, 26, 28)

Não há prova concreta de seu adoecer - não existem exames, RX, procedimentos médicos que comprovem sua doença. São "alterações de personalidade"; ele delira, alucina e os exames que faz normalmente (laboratoriais), não determinam causas para esses sintomas.

Esta situação pode favorecer a idéia de que ele tem uma doença do espírito e não do corpo, dentro de sua visão concreta de realidade. Assim, surgem as explicações místicas e mágicas: é encosto, possessão do Espírito Santo, é a tentação do diabo, etc.

As igrejas, podem trazer explicações mais acessíveis a ele. Podem interpretar suas alterações psicopatológicas de forma benéfica, ajudá-lo a viver isso na própria igreja. Oferecem várias formas de cura, de salvação, de tirar as

tentações, e os espíritos maus. É só seguir as normas, as proibições, receber os dons. Isto pode acalmar alguns pacientes. (Casos 1, 4, 9, 12, 27, 31). Porém, pode intensificar alguns sintomas. (Casos 3, 6, 17, 22, 25, 28, 33, 39).

Principalmente os pentecostais e umbandistas, têm dirigentes em condições sociais semelhantes às dos pacientes. Quem está prometendo cura e o ajudando em sua doença é igual a ele a nível social e cultural. A questão da submissão também pode se estabelecer, pois se entregam na mão de pastores e pais de santo. (99, 100, 106)

4. COMPORTAMENTO RELIGIOSO MESCLADO COM O PSIQUIÁTRICO NA INTERNAÇÃO:

Os pacientes trazem para o espaço da doença todas as suas formas de conviver e funcionar na sua comunidade. Seus hábitos higiênicos, alimentares, opções de lazer, etc. Isso também ocorre com seu comportamento religioso.

Na descrição das primeiras 20 histórias de vida, há um relato das observações de Enfermagem destes pacientes internados. Foi feito um resumo destas observações anotadas nas 24 horas.

Os pacientes rezam na enfermaria (Casos 1 e 7); cantam hinos religiosos (Casos 4, 12, 16, 20); passeiam com a Bíblia na mão (Caso 16); dançam com o terço na cabeça (Caso

4). Tentam fazer pregação para outros pacientes e membros da equipe. Imaginam-se com o poder da cura e tentam resolver problemas de outros pacientes (Caso 17) . Dão "passes", jogam água nos pacientes como se fosse benta (Caso 7). Deixam de comer, dormir ou tomar a medicação, porque se sentem curados com suas orações ou dos pastores. Demonstram alucinações e delírios com clara conotação mística e da vivência que têm em suas igrejas. (Casos 6, 7, 13, 16).

Muitos outros aspectos são observados, mas nem sempre relatados nas observações de Enfermagem ou levados em conta pela equipe multiprofissional que cuida do doente.

Os saberes clássicos na globalidade do doente mental - conceitos, causas, predisposição, tratamentos, etc - podem estar isolados ou rotinizados (institucionalizados), dificultando a assistência. Propomos estudos diretos, simples e intercâmbios entre teorias explicativas e o cuidado-direto. Neste pensamento, citamos Herrmann: "estudar como os componentes do cotidiano se exprimem na loucura e como a lógica da loucura está presente em todas as produções lógicas do homem." (69)

CONCLUSÕES

CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES

- As populações estudadas de pacientes psiquiátricos (Grupo de Estudo) e pacientes cardíacos (Grupo Controle), são econômica e socialmente carentes. Apresentam índices de renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos (62,5% no GE e 60% no GC), baixa escolaridade (72,5% no GE e 57,5% no GC com 1° grau incompleto) e desemprego ou inatividade (37,5% no GE e 20% no GC). Caracteriza a população atendida em hospitais públicos.

- Os pacientes psiquiátricos procuram mais as igrejas pentecostais (45%) do que os pacientes cardíacos (20%). Estas igrejas têm em seus quadros pessoas de classes baixas. Na nossa amostra, o Grupo de Estudo e o Grupo Controle são da mesma classe social e apenas o GE demonstrou maior preferência pelas pentecostais.

- Não podemos concluir que a prática religiosa desencadeia e/ou agrava as crises no paciente psiquiátrico. Analisando de acordo com a ambigüidade religiosa, há momentos em que se caracterizam como integradoras, abrandando certos distúrbios. Em outros porém, são desintegradoras, estimulando ou propiciando o aparecimento de sintomas psicopatológicos.

- O paciente psiquiátrico busca mais a cura na religião (35%), do que o paciente cardíaco (2,5%). Nos dados analisados, 62,5% dos pacientes cardíacos não mudaram de religião, enquanto apenas 15% dos pacientes psiquiátricos declararam não haver mudado.

- As práticas religiosas do paciente psiquiátrico, têm importância em sua vida e em seu adoecer. Portanto, precisam ser estudadas, pesquisadas, aprimorando o saber e a assistência a estes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A CABEÇA DO PAÍS. IstoÉ Senhor, São Paulo, 5 dezembro 1990. nº 1107, p. 45-48.

2. A FÉ QUE MOVE MULTIDÕES AVANÇA NO PAÍS. Veja, São Paulo, 16 maio, 1990. p. 46-52.

3. ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. História da psiquiatria. Trad. Aydano Arruda, 2. ed. São Paulo, IBRASA, 1980. 573 p.

4. ALMEIDA, M.C.P. de. & ROCHA, J.S.Y. O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1986. 128p.

5. ALMEIDA FILHO, N. Cultura e psicopatologia. J Bras Psiq. 34 (6): 357-364, 1985.

6. ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia social das desordens mentais: revisão da literatura latino-americana. In: TUNDIS, S. A. (org.) Cidadania e loucura. Petrópolis, Vozes, 1987. p. 103-131.

7. ALMEIDA FILHO, N., et alii Princípios de Epidemiologia para Profissionais de Saúde Mental. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1989. 67 p.

8. _____. Morbidade psiquiátrica em regiões metropolitanas do Brasil. Informe epidemiológico do SUS, Brasília 1 (1): 73-83, jun., 1992.

9. ALVES, D.S.N. et alii. Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. J Bras Psiq, 41 (8): 423-426, 1992.

10. ALVES, R. A empresa da cura divina: um fenômeno religioso? In: VALLE, E. (org.) A cultura do povo, São Paulo, Cortez, EDUC, 1979. p. 111-117.

11. _____. Religião: patologia ou busca de sanidade. Rev do Inst Filos e Teolog, 2 (3): 113-121, 1976.

12. ANGERAMI, E.L.S. Correntes metodológicas na investigação. R Gaucha Enferm., 10 (1): 13-15, jan., 1989.

13. ANGERAMI, E.L.S. & MENDES, I.A.C. O saber, a saúde e a investigação em enfermagem. R Gaucha Enferm., 10 (1): 28-33, jan., 1989.

14. ANGERAMI, E.L.S. & CORREIA, F.de A. Em que consiste a enfermagem. Rev Esc Enf USP, 23 (3): 337-344, dez. 1989.

15. ARANTES, E.C. Observação de comportamento de pacientes internados em hospital psiquiátrico. Rev Bras Enf, 21 (1/3): 39-49, jan./jun., 1968.

16. _____. O ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica. Rev Bras Enf, 25 (6): 438-446, 1973.

17. _____. Pesquisa em enfermagem psiquiátrica. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 4 , São Paulo, set. 1985. p. 42-44.

18. ARRUDA, E.N. et alii. Pesquisar para assistir. Rev Esc Enf USP, 26 (nº especial): 119-124, out., 1992.

19. BARROS, E.B. O problema do misticismo frente ao normal e ao patológico. Rio de Janeiro, 1977. 119 p. (Tese - Mestrado - Pontifícia Universidade Católica).

20. BASTIDE, R. As religiões africanas no Brasil. Trad. Maria Eloisa Capellato e Olívia Krähenbühl 3. ed. São Paulo, Pioneira Editora, 1989. 567 p.

21. BIRMAN, J. O lugar do psíquico na experiência da loucura, Ciência Hoje, 1 (6): 31-37, maio/jun.1983.

22. BLEULER, E. Classificação das perturbações psiquiátricas, In: _____. Psiquiatria. Trad. Eva Nick, 15. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983. p. 76-82.

23. BOBSIN, O. Produção religiosa e significação social do pentecostalismo a partir de sua prática e representação. São Paulo, 1984. 184 p. (Tese - Mestrado - Pontifícia Universidade Católica).

24. BOEMER, M.R. et alii. Proposta alternativa para a produção científica de enfermeiros assistenciais. Rev Esc Enf USP, 24 (2): 211-223, ago., 1990.

25. BOTEGA, N.J. & DALGALARRONDO, P. Saúde mental no hospital geral. Espaço para o psíquico. São Paulo, Hucitec, 1993. 116 p.

26. BRANDÃO, C.R. Os deuses do povo; um estudo sobre religião popular. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, 1986. 302 p.

27. CAIRD, D. Religiosity and personality: are mystic introverd, neurotic, or psychotic? Brit J Soc Psychol, 26: 345-346, 1987.

28. CAMPEDELLI, M.C. (org.) Processo de enfermagem na prática, São Paulo, Ed.Ática, 1989. 136 p.

29. CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. trad. Maria Thereza R. de C. Barrocas. 3. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1990. 307 p.

30. CAPRA, F. Holismo e saúde. In: _____. O ponto de mutação. Trad. Álvaro Cabral, São Paulo, Cultrix, 1982. p. 299-350.

31. CAPRA, F. Jornadas para além do espaço e do tempo. In: _____. O Ponto de Mutação. Trad. Álvaro Cabral, São Paulo, Cultrix, 1982. p. 351-379.

32. CATÓLICOS EM GUERRA SANTA. IstoÉ Senhor, São Paulo, 12 maio 1993. Nº 1232, p. 48-54.

33. CENSO DEMOGRÁFICO DO ESTADO DE SÃO PAULO 1980 - IBGE

34. CIANCIARULLO, T.I. Teoria das necessidades humanas básicas - um marco indelével na enfermagem brasileira. Rev Esc Enf USP, 21(nº especial): 100-107, jun., 1987.

35. COSTA, N. do R. e TUNDIS, S.A. Cidadania, classes populares e doença mental. In: TUNDIS, S. A. (org.) Cidadania e Loucura. Petrópolis, Vozes, 1987. p. 9-13.

36. DADOS DEMOGRÁFICOS DE CAMPINAS - 1980 - IBGE (mimeo.)

37. DALGALARRONDO, P. Repensando a internação psiquiátrica. A proposta das unidades de internação psiquiátrica de Hospitais Gerais. Campinas, 1990. 309 p. (Tese - Mestrado - UNICAMP).

38. DALGALARRONDO, P. et alii. Duração da internação em uma unidade psiquiátrica de hospital geral: a experiência do Hospital das Clínicas da UNICAMP. J Bras Psiq, 42 (1): 15-17, 1993.

39. DANIEL, L.F. A enfermagem planejada. 3. ed. São Paulo, EPU, 1981. 135 p.

40. DURKHEIM, É. As formas elementares da vida religiosa. Trad. Joaquim Pereira Neto, São Paulo, Edições Paulinas, 1989. 526 p. (Coleção Sociologia e Religião)

41. _____. O problema religioso e a dualidade da natureza humana. Religião e Sociedade, 2: 1-27, nov. 1977.

42. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, C. Semiologia. In: _____ . Manual de psiquiatria. 5. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, s.d. p. 81-135.

43. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, C. Estudo clínico das doenças mentais. In: _____. Manual de psiquiatria. 5. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, s.d. p. 221-223.

44. FERRAZ, C. A. et alii. Sistematização da assistência de enfermagem no referencial fenomenológico. SEMANA WANDA DE AGUIAR HORTA, 3, São Paulo, 1989. Anais p.111-119.

45. FERREIRA, A. B. de H. Novo dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

46. FERREIRA, O. do C. Prática médica e prática umbandista : duas formas de lidar com o doente mental. Campinas, 1983, 158 p. (Tese - Mestrado - Pontifícia Universidade Católica).

47. FERREIRA-SANTOS, C.A. A enfermagem como profissão: estudo num hospital-escola. São Paulo, Pioneira, 1973. 176 p.

48. FORATTINI, O. P. Estudo de casos -controles. In: _____ Epidemiologia geral. São Paulo, Artes Médicas, 1980. p. 117-131.

49. FORTES, S.L. & INFANTE, R.G.G. A questão da saúde mental. A redefinição do papel do psiquiatra em hospital geral para além da psicossomática. J Bras Psiq, 35 (5): 273-278, 1986.

50. FOUCAULT, M. História da loucura na época Clássica. São Paulo, Perspectiva, 1978. 551 p. (Coleção Estudos - 61)

51. FOUCAULT, M . Doença mental e psicologia. 2.ed. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. 99 p.

52. _____. A casa dos loucos. In: _____. Microfísica do poder. 9. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1990. p.113-128.

53. FRAGA, M. N. O. et alii. Ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica dificuldades e perspectivas. Rev Bras Enf, 39 (2/3): 94-101, abr./-maio/jun./jul./ago./set., 1986.

54. FRANCIS, L.J. Personality and attitude towards religion among adult churchgoers in england. Psychol Rep, 69: 791-794, 1991.

55. FRAYZE-PEREIRA, J. O que é loucura. São Paulo, Brasiliense, 1985. 104 p. (Coleção Primeiros Passos)

56. FREUD, S. Leonardo da Vinci. In: _____. Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1970. v. 11, p. 53-124.

57. _____. Totem e Tabu. In: _____. Totem e tabu e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974. v.13, p. 13-191.

58. _____. O futuro de uma ilusão. In: _____. O futuro de uma ilusão. o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974. v.21, p.13-71.

59. _____. O mal-estar na civilização. In: _____. O futuro de uma ilusão. o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. 21, p.75-171.

60. _____. Uma experiência religiosa. In: _____. O futuro de uma ilusão. o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974. v.21, p. 196-200.

61. _____. Moisés e o monoteísmo. In: _____. Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1975. v. 23, p. 13-161.

62. _____. Atos obsessivos e práticas religiosas. In: _____. Gradiva de Jensen e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1976. v. 9, p. 119-131.

63. _____. Uma neurose demoníaca do séc.XVII. In: _____, O ego e o id e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1976. v.19, p. 87-133.

64. FRY, P.H. & HOWE, G.N. Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo. Debate e Crítica, 6 : 75-94, jul.,1975.

65. GELAIN, I. Necessidade psico espiritual do paciente. Rev Bras Enf, 280-289, jul./set., 1974.

66. GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva, 1992. 312 p. (Coleção Debates, 91)

67. GUIA ECUMÊNICO. Informações, Normas e diretrizes sobre Ecumenismo. 2. ed. São Paulo, Edições Paulinas, 1984. 297 p. (Estudos da CNBB, 21)

68. HENSE, D.S.S. A espiritualidade no contexto da experiência do paciente cirúrgico-relato de um caso. Rev Esc Enf USP, 23 (3): 329-336, dez., 1989.

69. HERRMANN, F. Loucura e cotidiano: uma proposta para discussão. In: D'INCAO, M.A. (org.) Doença mental e sociedade, Rio de Janeiro, Graal, 1992. p.299-304.

70. HORTA, W. de A. Processo de enfermagem, São Paulo, EPU, 1979, 99 p.

71. INFANTE, R. Cultura, subjetividade e política comunitária - novas perspectivas da interdisciplinaridade. J Bras Psiq, 38 (3): 139-142, 1989.

72. INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. 1 (1): 117, 1992.

73. _____. 1 (2): 139-146, 1992.

74. _____. 1 (7): 143, 1992.

75. IRVING, S. Enfermagem psiquiátrica básica. 2. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. 292 p.

76. JABLONKA, P.S. Neurose obsessiva e religião-revisão de conceitos freudianos. Rio de Janeiro, 1975. 57 p. (Tese - Mestrado - Pontifícia Universidade Católica).

77. JASPERS, K. Psicopatologia geral, Trad. Samuel Penna Aarão Reis, Rio de Janeiro, Atheneu, vol. 1 e 2, 1973.

78. JOFFILY, S.B. Da magia à psicose. Rev de Cultura Vozes, 84 (5): 627-635, set./out., 1990.

79. JUNG, C.G. Psicologia e religião. Trad. Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha, 4. ed. Petrópolis, Vozes, 1990. 129 p. (Obras Completas de C.G.Jung, Vol. XI/1)

80. KALIL, M. E. X. (org.) Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde, São Paulo-Salvador, Hucitec-Cooperação Italiana em Saúde, 1992. 237p.

81. KAPLAN, H. I. e SADOCK, B. J. O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. In: _____. Compêndio de psiguiatria. Trad. Maria Cristina Monteiro e Daise Batista, 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p. 23-27.

82. _____. Contribuições das ciências psicossociais ao comportamento humano. In: _____. Compêndio de psiquiatria. Trad. Maria Cristina Monteiro e Daise Batista, 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p.87-132.

83. _____. Classificação em psiquiatria. In: _____. Compêndio de psiquiatria. Trad. Maria Cristina Monteiro e Daise Batista, 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p. 189-201.

84. _____. Distúrbios delirantes. In:_____. Compêndio de psiquiatria. Trad. Maria Cristina Monteiro e Daise Batista, 2. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p. 286-292.

85. KELH. M.R. O espaço doméstico e a sexualidade da mulher. In: D'INCAO, M.A. (org.). Doença mental e sociedade, Rio de Janeiro, Graal, 1992. p. 136-150.

86. KOSMINSKY, E. Pesquisas qualitativas - a utilização da técnica de histórias de vida e de depoimentos pessoais em sociologia. Ciência e Cultura, 38 (1): 30-36, 1986.

87. KROLL, J. & SHEEHAN, W. Religious beliefs and practices among 52 psiquiatric inpatients in Minessota. Am J Psychiatry, 146 (1): 67-72, jan., 1989.

88. LAPLANTINE, F. Os sistemas de representações da doença e da saúde na Umbanda em Fortaleza. Comunicações do ISER 7 (30): 52-60, 1988.

89. LARSON, D.B. et alii. Religious affiliations in mental health research samples as compared with national samples. J Nerv Ment Dis, 177 (2): 109-111, 1989.

90. LARSON, D.B. et alii. Associations between dimensions of religious commitment and mental helth reported in the American Journal of Psychiatry and archives of general Psychiatry: 1978-1989. Am J Psychiatry, 149: 557-559, 1992.

91. LIMA, B.R. Epidemiologia psiquiátrica. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat, 33: 43-54, 1987.

92. LIMA, D.M. deL. Os demônios descem do Norte. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1987. 155p.

93. LINDHOLM, C. Carisma - êxtase e perda de identidade na veneração ao líder. Rio de Janeiro, Zahar, 1993. 269p.

94. LOPES, C.M. Pesquisar para assistir. Rev Esc Enf USP, 26(nº especial): 105-118, out., 1992.

95. MACEDO, C.C. Imagem do eterno: Religiões no Brasil. 1. ed. São Paulo, Ed. Moderna, 1980. 80 p. (Coleção Polêmica).

96. MAGNANI, J.G.C. Umbanda. São Paulo, Ática, 1986. 64 p. (Série Princípios).

97. MANZOLLI, M.C. Observação e anotação de aspectos psicológicos do pacientes pelo enfermeiro - considerações. Enf Novas Dimensões, 4 (2): 77-85, 1978.

98. MARI, J.de J. A epidemiologia da esquizofrenia. J Bras Psiq, 38 (4): 180-183, 1989.

99. MARIZ, C.L. Religião e pobreza: uma comparação entre CEBs e igrejas pentecostais. Comunicações do ISER, 7 (3): 10-19, 1988.

100. _____. Igrejas pentecostais e estratégias de sobrevivência. In: BRAGA, J. (org.). Religião e cidadania, OEA-UFBA, 1990. p. 89-112.

101. MELO, C. Divisão social do trabalho e enfermagem, São Paulo, Cortez, 1986. 94p.

102. MELO, N. de. Psicologia e psicopatologia das atividades intelectuais elementares ou básicas. In: _____. Psiquiatria, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979. v. 1., p. 377-409.

103. _____. Psipopatologia dos delírios. In:_____ Psiquiatria. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979. v. 1., p. 455-500.

104. MEZER, R.R. Psiquiatria dinâmica, 1. ed. Porto Alegre, Ed. Globo, 1974. 166 p.

105. MIRA y LÓPEZ, E. Psiquiatria. In: _____. Psiquiatria. 4. ed. Rio de Janeiro, Ed. Científica, 1957. v. 2, p. 13-19.

106. MONTEIRO, D.T. Igrejas, seitas e agências: aspectos de um ecumenismo popular. In: VALLE, E. (org.). A cultura do povo. São Paulo, Cortez, EDUC, 1979. p. 81-111.

107. MONTERO, P. Da doença à desordem: a magia na umbanda. Rio de Janeiro, Graal, 1985. 274p.

108. NAKAMAE, D.D. Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo, Cortez, 1987. 120 p.

109. NAS ONDAS DE DEUS. IstoÉ Senhor, São Paulo, 6 fevereiro 1991. nº 1115, p. 47-49.

110. NOGUEIRA, O. A "história-de-vida". In: _____. Pesquisa social. São Paulo, Ed. Nacional, 1968. p.137-148.

111. NOVAES, R.C.R. Os pentecostais e a organização dos trabalhadores. Religião e Sociedade, 5 : 65-93, 1980.

112. _____. O escolhidos de Deus. Pentecostais, trabalhadores e cidadania. Rio de Janeiro, Ed. Marco Zero, 1985. 158 p.

113. NOYES, A.P. e KOLB, L.C. Causas y naturaleza de los trastornos mentales. In: _____. Psiquiatría clinica normal, 3. ed. México, La Prensa Médica, 1966. p. 112-133.

114. NUNES, E.D. As contribuições da sociologia para o estudo das doenças mentais. J Bras Psiq, 41 (8): 399-406, 1992.

115. O' DEA , T.F. Sociologia da religião. Trad. Dante Moreira Leite, São Paulo, Pioneira Editora, 1969. 171p.

116. OLIVEIRA, P.A.R. de. Movimentos carismáticos na América Latina:uma visão sociológica. Cadernos do ISER, 5 : 36-48, nov., 1975.

117. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atención de salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones. Ginebra, 1984. 63 p. (Série de Informes Técnicos, 698).

118. ___. La Introducción de un componente de Salud Mental en la Atención Primaria. Ginebra, 1990. 60 p.

119. ORLANDO, I.J. O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente: função, processo e princípios. Trad. Alina Maria de Almeida Souza. São Paulo, EPU, 1978. 110 p.

120. PAIM, I. Curso de psicopatologia, São Paulo, Grijalbo, 1975. 216p.

121. PAIM, R. Metodologia científica em enfermagem, Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1986. 211 p.

122. PIAZZA, W.O. Introdução à fenomenologia religiosa. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1983. 351 p.

123. PINTO, T.M. O ser enfermeiro e o ser enfermagem. Enf Novas Dimensões, 4 (2): 98-100, marc/abr., 1978.

124. PIRES, A.C.J. Freud e a religião. Rev Psiq do Rio Grande do Sul. 8 (2,3): 135-141, maio/ago./set.dez., 1986.

125. POUBEL, G. et alii Migração e distúrbios somatomórficos. J Bras Psiq. 38 (2): 63-67, 1989.

126. REIS, S.A. A mente e o meio. In: D'INCAO, M.A. (org.). Doença mental e sociedade, Rio de Janeiro, Graal, 1992. p. 201-209.

127. ROCHA, S.M.M. & BOEMER, M,R, Impacto social da pesquisa em enfermagem. Rev Esc Enf USP, 26(nº especial): 49-60, out., 1992.

128. SANTANA, V.S. et alii. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil - 1ª e 2ª partes. J Bras Psiq, 37 (5):227-231, 1988 e 37 (6):291-295, 1988.

129. SANTO DOMINGO - Texto Oficial - Conclusões da IV Conferência do Episcopado Latino-Americano. 2.ed., São Paulo, Ed. Paulinas, 1992. 261p.

130. SEITA DO TEXAS COMETE SUICÍDIO COLETIVO. Folha de São - Paulo, São Paulo, 20 abril 1993. p. 9.

131. SENADO DECIDE A EXTINÇÃO DOS MANICÔMIOS. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 17 maio 1992. p.14.

132. SILVA, E.S. Sociabilidade, trabalho e loucura. J Bras Psiq, 39 (supl.2): 23S-27S, 1990.

133. SILVA FILHO, J.F.da O trabalho, a mulher e a saúde. J Bras Psiq. 37 (3): 161-164, 1988.

134. SILVA, G.B.da. A enfermagem profissional: análise crítica, São Paulo, Cortez, 1986. 143 p.

135. SILVA, M. L. A comunicação como processo interativo do relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. J Bras Psiq, 40 (7): 371-374, 1991.

136. SHEEHAN, W. & KROLL, J. Psychiatric patients belief in general health factors and sin as causes of ill ness. Am J Psychiatry. 147: 112-113, jan., 1990.

137. SLATER, E., ROTH, M. & MAYER-GROSS, W. As bases da psiquiatria. In: _____. Psiquiatria clínica, São Paulo, Mestre Lou, 1972. v. 1., p. 3-14.

138. SOUGEY, E. B. Aspectos transculturais das depressões. J Bras Psiq., 41 (4): 177-183, 1992.

139. SOUZA, B.M. A experiência da salvação, São Paulo, Duas Cidades, 1969. 181 p.

140. STEFANELLI, M.C. & ARANTES, E.C. Descrição das manifestações de comportamento apresentadas por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Rev Bras Enf., 28: 9-21, 1975.

141. STEFANELLI, M.C. et alii. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. Rev Esc Enf USP., 16 (1): 245-252, 1982.

142. TAYLOR, C.M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Trad. Dayse Batista, 13. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 465 p.

143. TRAVELBEE, J. Intervencion en enfermeria psiquiatrica. 2. ed., Colômbia, OPAS-OMS, 1979. 282 p.

144. TUBERT, S. Mujer:psicopatologia y malestar en la cultura. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat., 38 (3): 205-212, 1992.

145. UCHÔA, D. M. Influências da psicologia dinâmica sobre as modernas escolas psiquiátricas. In: _____. Psiquiatria e psicanálise. 2. ed., São Paulo, Sarvier, 1968. p. 2-9.

146. VIETTA, E.P. Marco conceitual para a prática de enfermagem social: contribuições para bases de uma teoria de enfermagem. R Gaúcha Enferm, 7 (2): 247-264, jul., 1986.

147. VIETTA, E.P. & LUÍS, M.V. O hospital psiquiátrico como centro de promoção de saúde mental. R Gaúcha Enferm. 7 (1): 47-59, jan., 1986.

148. WHITAKER, D.C.A. Cultura e doença mental. In: D'INCAO, M. A. (org.) Doença_mental_e_sociedade, Rio de Janeiro, Graal, 1992. p. 177-196.

149. ZUARDI, A.W. & col. Elaboração de uma escala de enfermagem para observação-participante de pacientes internados. Rev_ABP-APAL, 11 (2): 69-75, 1989.

ANEXO

ENTREVISTA

I. IDENTIFICAÇÃO:

a) Nome:

b) Sexo: (F) (M)

c) Cor:

d) Idade (data de nascimento):

e) Naturalidade:

f) Residência:

g) Ocupação atual do paciente:

dos pais:

h) Faixa salarial (aproximada em salários mínimos):

. individual:

. familiar:

i) Escolaridade:

j) Data da entrevista:

k) HC ou número de registro do paciente no Hospital:

l) Estado Civil:

II. MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

(relatar a queixa principal que é observada na internação do paciente; quais as alterações psíquicas que motivaram esta internação.)

III. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

(relato dos antecedentes psiquiátricos pessoais, desde os primeiros sintomas até os distúrbios atuais; tratamentos feitos, resultados obtidos; se houve internações psiquiátricas, número e local; descrever desenvolvimento dos sintomas, fatores desencadeantes; se o distúrbio é crônico ou agudo.)

IV. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES:

(pesquisar a ocorrência de distúrbios psiquiátricos na família; relato sucinto da personalidade de familiares mais significativos; relação do paciente com estes familiares.)

V. HISTÓRIA DE VIDA:

(relato sobre todos os períodos de vida do paciente: infância, adolescência, vida escolar, vida adulta, vida profissional, vida conjugal e familiar, procurando colher aspectos de seu relacionamento e desenvolvimento emocional e pessoal; hábitos; sexualidade; como foi sua formação religiosa, quando o interesse religioso se iniciou e como se desenvolveu em cada fase da vida; fatos marcantes em sua vida; ritmo de vida atual (sono, alimentação, higiene, rotina diária, trabalho, lazer).)

. EVENTOS DE VIDA:

Evento	Sim = X	Com qual idade, há quanto tempo, quantas vezes, em que situação de vida, como o paciente sentiu o fato.
01. Morte do pai/mãe	( )	_____
02. Separação dos pais	( )	_____
03. Afastamento de casa	( )	_____
04. Mudança de residência	( )	_____
05. Casamento ou equivalente	( )	_____
06. Separação conjugal/crises	( )	_____
07. Morte de cônjuge/parceiro	( )	_____
08. Novo casamento/reconc.	( )	_____
09. Doença	( )	_____
10. Nascimento de filho	( )	_____
11. Entrada de nova pessoa em casa ou na família	( )	_____
12. Saída de filho de casa	( )	_____
13. Morte de filho	( )	_____
14. Demissão	( )	_____
15. Novo emprego	( )	_____
16. Nova ocupação no trabalho	( )	_____

17. Aposentadoria ( ) _____

18. Processos/prisões ( ) _____

19. Mudança de nível de renda ( ) _____

20. Dívidas/crises financ. ( ) _____

21. Gravidez ( ) _____

22. Acidentes/crimes/tragéd. ( ) _____

23. Aborrecimento grave ( ) _____

24. Início/término estudos ( ) _____

25. Mudança de prática religiosa/religião ( ) _____

VI. DIAGNÓSTICO MÉDICO OU HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: (CID 9)

. na internação:

. na alta:

VII. EVOLUÇÃO:

. data da internação:

. data da alta:

(colher dos relatórios de observação feitos pela equipe de enfermagem durante 24 horas, dados que retratam a evolução do paciente durante o período de internação: alterações psíquicas importantes, comportamento, relacionamento, integração.)

VIII. RELIGIÃO:

01. Qual a sua religião atual?

02. É praticante? Com que freqüência? Quais são os dias e horários em que há missa ou culto em sua igreja?

03. Qual o endereço ou bairro da igreja que você freqüenta?

04. Há quanto tempo pertence a esta religião?

05. Como conheceu esta religião? Quais os motivos que o levaram a optar por ela? Houve alguém que o incentivou a pertencer a esta religião? Quem?

06. Você participa das celebrações: festas, rituais, rezas? Faça uma descrição destes acontecimentos. Qual a freqüência em que eles ocorrem? Como você se sente durante e após estes acontecimentos? Que influência têm sobre seu comportamento?

07. Você é batizado na sua igreja? Como é a celebração do batismo e o que muda em sua condição de adepto ou crente após o batismo?

08. Já freqüentou outras religiões? Quais? Por quê mudou? Quando ocorreu a mudança? Houve algum tipo de crise que motivou a mudança? Hoje, você participa de apenas uma religião?

09. Você freqüenta a mesma religião que sua família: pais, filhos, cônjuge? (Se resposta negativa, especificar qual a religião das outras pessoas e como a família vê sua opção religiosa)

10. Você vai à igreja sozinho ou em companhia de alguma outra pessoa? Qual o vínculo desta pessoa com você (amigo, familiar, pessoa que conheceu na própria igreja?)?

11. Quais são os ensinamentos ouvidos na igreja que você julga mais importantes para a sua vida? O que você pensa a respeito deles?

12. Você lê a Bíblia, livros religiosos, faz orações, novenas? Qual a orientação da igreja sobre estes escritos?

13. Você faz algum tipo de doação para a igreja ou recebe alguma doação dela? Há obrigatoriedade ou espontaneidade nestas doações?

14. Aconteceu alguma melhora na sua saúde ou de sua família depois de entrar nesta religião? Quais?

15. Você faz ou já fez pregações na rua? Quando? Como se sentia nestas ocasiões? E sua família, faz pregações? Qual a orientação da igreja sobre isso?

16. Na igreja há penitências, sacrifícios, confissões, testemunhos, recebimento de dons, revelações a serem feitos? Há proibições de algum tipo? Quais são e como se faz? Onde, para quem ou por quem são feitos?

17. Quem são, quantos são e como são os dirigentes da sua igreja? Como você se relaciona com eles?

18. Você assiste programas de rádio ou televisão sobre assuntos religiosos? Quais? Há orientação da igreja para esta prática?

19. Você vê ligação da sua doença (melhora ou piora) com a entrada ou participação na igreja?

20. Há pessoas na igreja que sentem coisas semelhantes às que você sente agora?

21. As pessoas da sua igreja sabem que você está doente e que está internado? Eles vêm te visitar? Como você se sente em relação a isto?