

A religião, discurso religioso e saúde mental

Religion, religious discourse, and mental health

*Lidiane da Silva*¹
*Francisco de Assis Souza dos Santos*²

RESUMO

O presente artigo se propõe a estabelecer uma interface dialógica entre a religião, o discurso religioso e a saúde mental. A religião, seja ela qual for, quando não equilibrada, pode causar danos à saúde mental e comportamental de pessoas fragilizadas em sua identidade e que se ligam a algum grupo religioso. Objetivou-se refletir e discutir como e porque a religião levada ao extremo contribui para certas condutas de efeitos negativos, inclusive a certo grau de fanatismo que resulta na necessidade de intervenção psiquiátrica ou ainda possa, no caso de predisposição genética, desenvolver doenças psicopatológicas ou surtos psicóticos a ponto de o sujeito atentar contra a própria vida. Inferiu-se daí que pacientes psiquiátricos são facilmente manipulados pelo discurso de religiões avivadas, com grandes chances de se tornarem fanáticos religiosos e abandonarem o tratamento medicamentoso, acreditando na cura pela fé – consequência que os leva à piora da saúde mental. Entende-se que o objetivo das diferentes religiões é promover equilíbrio, conforto e bem-estar na relação do ser humano com o sagrado, tentando assim atender aos anseios profundos que conduzam ao entendimento de sua existência.

PALAVRAS-CHAVE

Discurso Religioso; Fanatismo Religioso; Paciente Psiquiátrico; Saúde Mental.

ABSTRACT

This article aims to establish a dialogical interface between religion, religious discourse, and mental health. Religion, whatever it may be, when not balanced, can cause damage to the mental and behavioral health of people who are weakened in their identity and who belong to a religious group. The objective was to reflect and discuss how and why religion taken to

¹ Acadêmica de Medicina pela FAMESC, Graduada em psicologia pela FAFIA, Mestra em Ciências das Religiões pela Faculdade Unida de Vitória, Especialista em Atenção Psicossocial em Saúde Mental pela FAFIA, Especialista em Psicologia hospitalar e da saúde pela UCAM.

² Pós-doutor pelo MTSO-Methodist Theological School in Ohio-USA, Doutor em Teologia pela PUC Rio, Mestre em Teologia Prática pela EST, Formação em Psicanálise pela Escola Brasileira de Psicanálise, Pós-graduação em Estudos linguísticos pela Universidade de São Paulo, Pós-graduação em Teoria psicanalítica pela UNIDA, Graduação em Letras-Português pela UFES, Licenciado em Filosofia pelo Centro Universitário ETEP, Professor da Faculdade Unida de Vitória, ES.

extremes contributes to certain behaviors with negative effects, including a certain degree of fanaticism that results in the need for psychiatric intervention, or even, in the case of genetic predisposition, the development of psychopathological diseases or psychotic outbursts to the point that the subject may attempt to take his or her own life. It is inferred from this that psychiatric patients are easily manipulated by the discourse of revived religions, with great chances of becoming religious fanatics and abandoning drug treatment, believing in the cure through faith – a consequence that leads them to a worsening of their mental health. It is understood that the objective of the different religions is to promote balance, comfort, and well-being in the relationship of the human being with the sacred, thus trying to attend to the deepest yearnings that lead to the understanding of his existence.

KEYWORDS

Religious Speech; Religious Bigotry; Psychiatric Patient; Mental Health.

Introdução

Nos consultórios de psicólogos e de psiquiatras têm sido frequentes a presença de pacientes que chegam com transtornos mentais ou sintomas depressivos resultantes de sua relação com a religião. A literatura especializada mais recente tem indicado a necessidade do interesse por essa temática, que também é tema deste artigo. Como grande parte dos estudos científicos, como os de Harold G. Koenig e John F. Schumaker, por exemplo –, torna-se relevante que, no Brasil, os estudiosos voltem seus esforços para essa questão, que tem levado cada vez mais pessoas a tratamentos, muitos deles intensivos, para retornarem ao equilíbrio de uma vida regular em sociedade.

Existe uma gama de pacientes que, no processo de tratamento medicamentoso e acompanhamento com o psiquiatra, abandonam suas medicações devido às orientações de seus líderes religiosos e, num dado momento, voltam a surtar; muitos deles imbuídos de fanatismo religioso³, que pode colocar em risco a vida de terceiros e a própria segurança, configurando-se assim uma problemática que carece de atenção dos estudiosos inseridos nesses contextos.

A partir de então, formulou-se a seguinte questão: em que medida a religião⁴ – imbuída de “má-fé religiosa”⁵, impregnada do discurso apelativo, emocional e de demais efeitos nefastos – motiva o não uso de medicamentos ou tratamentos naturais, interferindo negativamente na saúde mental e comportamental de pessoas que, fragilizadas em sua identidade, se enredam em algum grupo religioso como forma de pertença?

³ O fanatismo religioso – um tipo de razão para (re)internação psiquiátrica – é tomado neste artigo com o conceito de ações particularizadas e intransigentes na esfera das religiões. Melhor detalhando: “l’effet d’une fausse conscience qui asservit la religion aux caprices de l’imagination et aux dé réglements des passions”; “une folie religieuse, sombre et cruelle. C’est une maladie de l’esprit [...]” (“O efeito de uma falsa consciência que escraviza a religião aos caprichos da imaginação e às perturbações das paixões”; “Uma loucura religiosa, sombria e cruel. É uma doença da mente [...]” – Tradução nossa). FANATISME. *Oeuvres complètes de Voltaire: dictionnaire philosophique*. Section I. Available. Disponível em: <<https://bit.ly/2VDkKDA>>. Acesso em: 06 maio 2021.

⁴ Optou-se por não indicar de qual religião se trata, mas sim do paciente que se deixa dominar pelo discurso religioso abstendo-se do tratamento médico e tendo piora de saúde mental.

⁵ Expressão utilizada neste contexto com o sentido de enganação, dolo, farsa.

A busca de respostas para esse questionamento induziu-nos a refletir e discutir razões pelas quais a religião contribui para certas condutas de efeitos negativos, podendo levar o ser humano a desenvolver fanatismos a ponto de chegar à internação psiquiátrica e, até mesmo, no caso de predisposição genética, desenvolver doenças psicopatológicas ou surtos psicóticos ou ainda atentar contra a própria vida. Analisando a fonte desencadeadora desse problema outros potenciais pacientes poderão ser mais bem compreendidos e tratados pelos profissionais da Saúde que os assistem, examinando com maior perspicácia seus sentimentos, comportamentos, processos psicológicos e transtornos mentais.

1. Espiritualidade, religiosidade, religião e comprometimento da saúde mental

Convém que não se confunda religião com religiosidade nem esta com fé. Enquanto a religião, com seus mitos, rituais e dogmas é uma crença no sobrenatural, a religiosidade é inerente ao ser humano e pode se associar a práticas movidas por crenças relacionadas ou não a uma religião. A fé, por seu turno, é o ato de crer e fiar; sua experiência se dá pela confiança.

Data de tempos imemoriais o surgimento do fenômeno religioso, a ponto de se confundir com a própria origem humana. Questões existenciais do tipo *Quem sou eu?*, *De onde vim?*, *Para onde vou?* e outras do gênero são comuns a toda e qualquer cultura, ainda que não sejam expressas assim de modo tão claro⁶. “É parte da nossa missão chegar à resposta para essas perguntas. Estamos constantemente sendo levados a questionar e a encontrar soluções para questões como essas”⁷, as quais implicam a busca de conceituação, mas serão respondidas aqui como fato de que a religião é – manifesto e inquestionável – um objeto de investigação assaz complexo e variável.

Jostein Gaarder, Victor Hellern e Henry Notaker asseguram a inexistência de registro de raça/tribo isento de alguma espécie de religião⁸. Mas esta muda de um contexto (cultural/histórico/regional) para outro. Não há consenso em sua definição. “Há religiões animistas, fetichistas, totemistas, manistas, politeístas, monoteístas, matriarcais, patriarcais, reencarnacionistas, religiões com um Deus perfeito e puro, outras com deuses instáveis e repletos de defeitos [...]”⁹ – ou seja: há uma pluralidade de religiões, tantas quanto as pluralidades sociais, políticas, econômicas, nas distintas esferas históricas, como explica Eliane Moura da Silva¹⁰, que concebe a religião como produto histórico-cultural.

A religião vem despertando o interesse de cientistas e as pesquisas têm evidenciado que as populações estudadas possuem “um conjunto de crenças em poderes sobrenaturais de alguma espécie”¹¹. Os seres humanos mantêm seus cultos, seus rituais religiosos tentando conquistar/

⁶ GOMES, Nilvete Soares; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014. p. 109.

⁷ BABA, Sri Prem. *Propósito: a coragem de ser quem somos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2018. p. 14.

⁸ GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. p. 8.

⁹ DALGALARRONDO, 2008, p. 20.

¹⁰ SILVA, Eliane Moura da. Entre religião, cultura e história: a escola italiana das religiões. *Revista de Ciências Humanas*, Viçosa, v. 11, n. 2, p. 225-234, jul./dez. 2011. p. 228.

¹¹ MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zélia Maria Neves. *Antropologia: uma introdução*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006. p. 151.

dominar por intercessão de orações, cantos, danças, oferendas, sacrifícios, etc., o espaço do seu entorno não desvinculado da tecnologia¹².

Todas as religiões se constituem por um conjunto de doutrinas/crenças/mitos para explicar “a origem do cosmos, sobre o sentido da vida, sobre o significado da morte, do sofrimento e do além”¹³. Há um complexo de ritos e cerimônias que renovam os símbolos religiosos, além de uma sistemática ética, estruturada em leis, regras de conduta, proibições, expressas e codificadas não muito claras, para uma “comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes e sacerdotes, que estão mais ou menos convencidos das crenças e que seguem os preceitos dessa religião”¹⁴.

Enquanto se entende religião como uma composição de crenças e ritos por meio dos quais o ser humano é levado a se relacionar com o transcendente, a “religiosidade é expressão ou prática do crente que pode estar relacionada com uma instituição religiosa”¹⁵. Ou, conforme definições de Koenig adotadas por Julio Fernando P. Peres, Manoel José P. Simão e Antonia Gladys Nasello, a religião seria um sistema estruturado sobre crenças, rituais, práticas e símbolos configurados a fim de contribuir na aproximação do ser humano ao sagrado, transcendente¹⁶.

Mas, a religiosidade pode também não estar vinculada a certo sistema religioso institucionalizado. Dalgarrondo compara a laicidade da religiosidade a um intenso fascínio pelo seu teor de mistério, “uma atração indefinida pela dimensão poética da vida e do universo, uma percepção clara da insignificância do próprio eu e um desejo obscuro de transcendência, seja lá o que isso signifique”¹⁷. Para ele, a religião é uma das grandezas mais notáveis e significativas (assim como concessora de significado) da subjetividade e da vivência humana cotidiana¹⁸.

Transcendendo a religião e a religiosidade, está a espiritualidade, numa dimensão mais abrangente. Ela não se constitui privilégio da religião ou de qualquer movimento religioso. “Ela é inerente ao ser humano. É a dimensão que eleva a pessoa para além de seu universo e a coloca frente às suas questões mais profundas, as que brotam da sua interioridade [...]”¹⁹. Portanto, não é da competência da pessoa fazer opção pela espiritualidade, já que esta conta com mecanismos neurais, mas é possível oportunizar o seu desenvolvimento, ampliá-la para que o indivíduo seja capaz de melhor enfrentar eventos estressores e demais complicações da própria existência. A carência dessa capacidade pode deixá-lo em permanente estado de vulnerabilidade ao adoecimento seja físico seja emocional²⁰.

Volcan *et al.* acrescentam:

Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente

¹² MARCONI; PRESOTTO, 2006, p. 151.

¹³ DALGALARRONDO, 2008, p. 23.

¹⁴ DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, Psicopatologia & Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 24.

¹⁵ GOMES, Nilvete Soares; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014. p. 107.

¹⁶ PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl 1, p. 136-145, 2007. p. 137.

¹⁷ DALGALARRONDO, 2008, p. 23.

¹⁸ DALGALARRONDO, 2008, p. 16.

¹⁹ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 109.

²⁰ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111.

compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa²¹.

Também existe a fé, a plenitude de uma aderência a certo princípio que é tido, indubitavelmente, como verdade ainda que não tenha sido provado ou testado, mas apenas pela total confiança de se crer nele. Fé é a antítese da dúvida e irmã da esperança. Assim, quem crê aposta, lança-se, sem medo de errar, ao desconhecido. Mas a fé ora em discussão distingue-se do mero ato de crer, porque nela está a “vontade como elemento constitutivo e não sua causa, dado o fato de que a vontade, assim como a cognição e o sentimento estão inclusos na fé, no entanto não a produz”²², portanto não se restringe à fé religiosa, mas presume uma unidade focada no eu, no ser humano²³.

A comunidade científica não reconhece considerações fundamentadas na fé como critério procedente da fidedignidade de um princípio. Em geral, a fé tem procedência nas experiências particulares da pessoa e na sua bagagem cultural, e sua manifestação pode se dar mediante emoção e, portanto, isenta de argumentação racional. Mas a discussão no âmbito das Ciências das Religiões, cujo embasamento epistemológico tangencia a multidisciplinaridade do conhecimento científico, a fé antropológica não apagará a religiosa, para que se possa ver o ser humano como um *totem*: corpo/mente/espírito. Rosângela do Vale sublinha: “A dimensão espiritual seria determinante na identidade e integralidade do ser humano, capaz de transcender livremente de forma criativa e responsável suas limitações”²⁴.

Sob concepções clínica e epidemiológica, convém considerar a repercussão que religião, religiosidade, espiritualidade e fé incidem sobre a saúde individual e coletiva, tanto física quanto mental – um fenômeno decorrente de diversos aspectos. “Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar, estresse, direção e orientação espiritual”²⁵.

Doenças graves estão frequentemente relacionadas a comportamento e estilo de vida. A religiosidade desestimula comportamentos e hábitos nocivos como tabagismo, uso excessivo de álcool, consumo de drogas e comportamento sexual de risco. Estudos têm revelado que atividades religiosas, como envolvimento em cultos ou atividades voluntárias, estão associadas a melhor saúde física, particularmente quando ocorrem no ambiente da comunidade. Quando atividades religiosas não modificam o curso de doenças físicas ou prolongam a vida, elas podem melhorar a qualidade de vida e o propósito de viver²⁶.

Enfim, as “relações entre espiritualidade e saúde têm sido estudadas na perspectiva de que se possa construir uma compreensão que favoreça melhores tratamentos e contribua com a

²¹ VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, 37(4), p. 440-445, 2003. p. 441.

²² VALE, Rosângela Martins do. A dimensão da fé na perspectiva de Paul Tillich. *Anais do V Congresso da ANP-TECRE Religião, Direitos Humanos e Laicidade*, v. 5, p. 1-8, 2015. p. 1.

²³ VALE, 2015, p. 1.

²⁴ VALE, 2015, p. 3.

²⁵ STROPPA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In: *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. (Orgs.). Belo Horizonte: Inede, 2008, p. 427-443.

²⁶ STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 439.

diminuição do sofrimento dos indivíduos”²⁷ – interesse deste artigo, mas lembrando que entre os conceitos de religião, religiosidade, espiritualidade e fé não há fronteiras definidas, um interfere no outro de modo a se fazer uso indiscriminado deles quase sempre sem comprometer o conteúdo da mensagem. Gomes, Farina e Dal Forno alertam sobre a interferência da religião no bem-estar e na saúde mental da pessoa, que pode tanto favorecê-los (“inserção em um grupo com o qual possa compartilhar valores e esperanças”²⁸) quanto prejudicá-los, (“quando os dogmas se ocupam de culpabilizá-lo e regulá-lo em suas tentativas de encontros com o transcendente”²⁹).

2. A religiosidade e seus impactos nocivos na saúde mental

O que é saúde? “Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (sanidade)”³⁰. Mas é trabalhoso explicar esse termo sem se remeter a outro: doença. Ademais, como toda e qualquer definição nunca satisfaz plenamente, estas também deixam a desejar, principalmente porque a saúde não se configura da mesma forma para todos os indivíduos. É preciso considerar época, lugar e classe social. Depende, ainda, de valores pessoais e de perspectivas científicas, religiosas, filosóficas³¹, e o mesmo ocorre com a definição de doença. Esses conceitos vêm-se remodelando de geração em geração. Hoje, já não se ignoram o comportamento humano e as influências externas como determinantes fundamentais da saúde.

Em 1948, a OMS assim se manifestou: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”³². Há nesse conceito uma idealização de saúde plena, o que a torna inalcançável mediante as instabilidades do viver, pois ela não pode ser um *estado*, uma *permanência*. Estando consubstanciada à vida, o ser humano nunca será absolutamente saudável ou absolutamente doente, mas viverá circunstâncias de saúde/doença, conforme suas potencialidades, condições de vida e interação com elas³³, ou seja, estará sempre vulnerável a frequentes mutações no decorrer de sua existência. Com efeito, “Não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural”³⁴.

No tocante à saúde mental, durante séculos foi construído um imaginário social sobre adoecimento psíquico que gerava preconceito e humilhação para esse tipo de doente, pois a sociedade, imbuída de misticismo religioso, considerava o doente mental (o *louco*) como alguém possuído do demônio. Mas, atualmente, considera-se saúde/doença mental como conceitos

²⁷ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111.

²⁸ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 110.

²⁹ GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111.

³⁰ SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde, p. 15-16. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, jul./ago./set. 2004, p. 16. Disponível em: <<https://bit.ly/2HhWXAj>>. Acesso em: 2 fev. 2021.

³¹ SCLiar, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), p. 29-41, 2007.

³² MEC. Secretaria de Educação Fundamental. *Saúde*. Disponível em: <<https://bit.ly/2MHxe53>>. Acesso em: 2 set. 2020, p. 65.

³³ MEC, 2017, p. 65.

³⁴ MEC, 2017, p. 65.

emergentes da consciência de bem-estar grupal, coletivo, e “anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do Normal, carecendo, portanto, de instrumental médico, psicológico, filosófico, sociológico, antropológico, econômico e político para ser compreendido”³⁵.

Michel Foucault explica:

[...] que a experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a essa ausência, a essa noite e a tudo o que a ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir³⁶.

Saúde mental não é tão somente “ausência de transtornos psíquicos. Ela vai mais além. Ela fornece a nossa identidade social, a nossa possibilidade de transitar com autonomia pela vida”³⁷; é perceptível pelo comportamento da pessoa. Ela representa para o indivíduo um benefício que lhe propicia estar no mundo e vivê-lo de uma forma autodeterminada, inserido em seu espaço de representações³⁸. E, por isso, a noção de saúde mental está relacionada a uma rede de significações, é uma construção cultural – razão pela qual Foucault afirmara: “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão”³⁹.

Para literatura especializada mais atualizada, “a saúde mental pode ser compreendida como um problema emocional, cognitivo, comportamental ou como uma realidade simbólica sócio historicamente construída”⁴⁰. Ela também tem considerado a doença mental como um rompimento entre o sujeito/objeto – o que leva José Jackson Sampaio a afirmar que a saúde mental é aparential e a perscrutar a realidade da diacronia eu-mundo engendrada pela consciência⁴¹.

Ocorre que é comum ao ser humano ocidental – em momentos de sofrimento, de doença – recorrer à religião como a um *pronto-socorro*, principalmente quando “em muitas situações em que os modelos tradicionais de cuidado não conseguem resolver todos os problemas demandados”⁴². Nem sempre, porém, esse expediente é infalível. Inclusive, dependendo do grau de intensidade, a religiosidade pode causar impactos nocivos à saúde mental do ser humano.

A epidemiologia da religião é a terminologia da área de investigação que relaciona saúde física e religião, cuja sistematicidade iniciou-se no início do século XX. Em 1987, Levin e Schiller examinaram mais de duas centenas de pesquisas que mantêm a relação religião/saúde

³⁵ SAMPAIO, José Jackson Coelho. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 98.

³⁶ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. p. 35.

³⁷ PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. *Saúde mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. p. 18-19.

³⁸ PEREIRA; VIANNA, 2009.

³⁹ FOUCAULT, 1978, p. 186.

⁴⁰ BARBOSA *et al.* Saúde Mental em enfermeiros plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. In: *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. ALVES *et al.*, Railda Fernandes. (Orgs.). Campina Grande: EDUEPB, 2011, 217-241. p. 223.

⁴¹ SAMPAIO, 1998, p. 98.

⁴² SILVEIRA, Luana Silveira da; NUNES, Mônica de Oliveira. Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise/ In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos Humaniza SUS*, v. 5, Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 172-173.

em geral. E os estudos foram se multiplicando com o tempo – circunstância que levou Levin ao seguinte questionamento: “há, de fato, uma associação entre saúde e religião, ela é válida e, finalmente, é causal?”⁴³. O autor chega a confirmar positivamente sua indagação. As investigações continuaram com muitos estudos sobre a relação causal: a proporcionalidade entre maior envolvimento religioso/melhor saúde. Conforme Dalgarrondo, tem-se como plausível a hipótese de que o comprometimento religioso fomentaria,

[...] ‘comportamentos relacionados ou promotores da saúde’, ‘estilos de vida’ (*life styles*) protetores que diminuiriam o risco de doenças e aumentariam a sensação de bem-estar. Inclui-se aqui, por exemplo, menor uso de tabaco e álcool, uma vida mais regrada, tipo de dieta, etc. Além disso, fatores de apoio como ‘rede social’, promovidos pelas comunidades religiosas, ajudariam os indivíduos atuando como *buffers* do estresse e aumentariam as capacidades de lidar com dificuldades (*coping*)⁴⁴.

Também, saúde mental e transtornos mentais, bem-estar e qualidade de vida, associados à religião/religiosidade têm sido tema de pesquisas empíricas – ramo denominado *epidemiologia psiquiátrica da religião*⁴⁵. Mas Dalgarrondo tem criticado a metodologia de viés positivista/cartesiano aplicada a pesquisas de componentes essencialmente subjetivos e complexos, dizendo faltar “uma trajetória de viabilização nas práticas concretas de pesquisa do dia a dia, e o ir e vir do empírico ao teórico cuja dialética faz amadurecer qualquer proposta de investigação científica”⁴⁶.

São muitos os benefícios resultantes da religiosidade, inclusive quando se trata da questão de saúde, mas quando beira ao fanatismo os seus efeitos podem ser nocivos, em especial no que se refere à má-fé religiosa dos que se aproveitam de doentes fragilizados em sua saúde mental e a psicopatologia oriunda da religiosidade.

Um dos grandes problemas que envolve a religiosidade é quando ela brota e se desenvolve resultante da má-fé de outrem – o que se dá quase que com exclusividade mediante o discurso manipulador de líderes/pregadores religiosos. Há de se levar em conta o que diz Adorno dos discursos dos agitadores, baseados num sistema rígido de um conjunto-padrão de *expedientes*, de um pequeno repertório de ideias que se repetem insistentemente, com proferimentos similares. Assim, pois, são os ingredientes fundamentais da técnica desses discursos: “a reiteração constante e a escassez de ideias”⁴⁷. Assim também os objetos se adaptam aos métodos, nunca o inverso. O indivíduo quer estar no controle de outrem, fazendo uso de palavras ou ações, impondo seus valores, suas crenças fazendo da religião a ferramenta de manipulação; por seu turno, o outro, dominado, tem a consciência restrita, é um codependente, incapaz de formular limites definidos de proteção do *self*, aceita cegamente as crenças⁴⁸.

Nesse desenrolar, a religião assume um caráter disfuncional, conduzindo o religioso ao dogmatismo, estreitando o seu pensamento e afunilando a sua liberdade e as suas oportunidades,

⁴³ DALGALARRONDO, 2008, p. 177.

⁴⁴ DALGALARRONDO, 2008, p. 178.

⁴⁵ DALGALARRONDO, 2008, p. 179-180.

⁴⁶ DALGALARRONDO, 2008, p. 243.

⁴⁷ ADORNO, Theodor W. Freudian theory and the pattern of fascist propaganda. In: *Gesammelte Schriften 8 – Soziologische Schriften I*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1972. p. 407-532. p. 408.

⁴⁸ Cf. LOTUFO NETO, Francisco. *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. 354f. Tese de obtenção do título de Livre-docente. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria. São Paulo, 1997. p. 48.

de maneira a deformar a realidade, desagregar as pessoas e excitar o medo e a ansiedade⁴⁹ – um discurso religioso autoritário, em que não há troca, interação. *A voz de Deus*, veiculada por alguém autorizado para tal (padre, pastor, religioso com característica de líder), é soberana, indiscutível, arrebatadora, de modo que “o *eu* enunciador não pode ser questionado, visto ou analisado; é ao mesmo tempo o tudo e o nada. A voz de Deus plasmará as outras vozes, inclusive daquele que fala em seu nome: o pastor”⁵⁰. O eu persuasivo é invisível, não se fala com ele, apenas com o representante dele na Terra, criaturas de segundo grau como, por exemplo, os pastores, os quais, a despeito de não serem os donos da fala (uma vez que apenas a reproduzem ou a interpretam), passam aos ouvintes a impressão de sujeitos do discurso⁵¹.

Persuadir é um evento mais incisivo do que o de convencer. Este fica no âmbito do pensamento; aquele, no da ação, pois seu discurso “se dota de recursos retóricos objetivando o fim último de convencer ou alterar atitudes e comportamentos já estabelecidos”⁵². O trabalho com a linguagem, nesse caso, garante o envolvimento do outro, que passa a crer e fazer o que o locutor difunde em seu discurso, o qual tem objetivos muito precisos. Os discursos de cura em nome de Deus, por exemplo, podem fazer com que o paciente abandone tratamento medicamentoso por estar mais amparado divinamente, pois entra em cena um elemento de suma relevância: a confiança no locutor, que garante a verdade ao paciente, que se apropria do discurso. E o “efeito de sentido produzido é o de colocar no sujeito enunciador a origem do sentido”⁵³.

Algirdas Julien Greimas, na segunda metade do século XX, na França, lança seu projeto semiótico cuja (pre)ocupação é o texto: o que diz, como diz, para que diz – na tentativa de “construir-lhes os sentidos pelo exame acurado de seus procedimentos e recuperar, no jogo da intertextualidade, a trama ou o enredo da sociedade e da história”⁵⁴. Greimas, ao tratar da teoria do texto, se preocupa com a construção/geração/percurso deste no contexto a partir de três níveis de produção e interpretação do sentido: 1 Fundamental – primeira etapa, onde se instaura a significação mínima do texto, o básico para o estabelecimento do discurso. 2 Narrativo – “como se estrutura a sequência canônica, que compreende quatro fases (manipulação, competência, performance e sanção)”⁵⁵. 3 Discursivo – nível mais complexo, o das relações estabelecidas “entre a instância da enunciação, responsável pela produção e pela comunicação do discurso, e o texto-enunciado”⁵⁶; compreende as formas abstratas do narrativo.

É oportuno que se expliquem as fases do nível narrativo:

1. Manipulação – modo de intervenção discursiva do destinador sobre o destinatário com o propósito de levá-lo a fazer/querer fazer algo.

⁴⁹ LOTUFO NETO, 1997, p. 30, explicando o ponto de vista de Spilka.

⁵⁰ CITELLI, Adilson. *Linguagem e persuasão*. 15. ed. São Paulo: Ática, 2002. p. 48.

⁵¹ CITELLI, 2002, p. 48.

⁵² CITELLI, 2002, p. 41.

⁵³ BORBA, Patrícia Laubino. A inscrição do discurso do esquizofrênico no discurso religioso, *Linguagem & Ensino*, Pelotas, v. 11, n. 2, p. 393-417, jul./dez. 2008. p. 401.

⁵⁴ BARROS, Diana Luz Pessoa de. *Teoria semiótica do texto*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2005. p. 10.

⁵⁵ FAGUNDES, Renata Borba. Uma breve análise do percurso gerativo de sentido em uma tira de Magali. 8p. *Anais do SILEL*, v. 2, n. 2. Uberlândia: EDUFU, 2011. p. 2.

⁵⁶ BARROS, 2005, p. 15.

2. **Competência** – manipulado, o destinatário se sente *capacitado para agir*⁵⁷, habilitado para praticar a ação que lhe compete; “um sujeito atribui a outro um saber e um poder fazer”⁵⁸.
3. **Performance** – realização da ação; “é a representação sintático-semântica desse *ato*, ou seja, da ação do sujeito com vistas à apropriação dos valores desejados”⁵⁹.
4. **Sanção** – cumprida a ação vem a retribuição/recompensa, a sanção pragmática. O descumprimento da ação implica punição, descumprimento do contrato. Enfim, esse “é o momento de o destinador cumprir as obrigações assumidas com o sujeito, na hora da manipulação”⁶⁰.

As estruturas retóricas são expedientes utilizados para que algo ganhe a dimensão de verdade⁶¹; exercem função relevante na manipulação ideológica de líderes religiosos para com os fiéis, principalmente quando estes se encontram fragilizados devido a algum problema por que passam. Sua vulnerabilidade poderá atingir uma paranoia, tornando-o submisso de modo acrítico a vultos de autoridade idealizadas (pastores, padres, rabinos), rejeitando severamente aos de visão oposta. Assim, “Idealizam e exaltam os líderes, defendendo suas faltas, mesmo que estas sejam óbvias. Estas características são evidentes em aderentes fanáticos de cultos e seitas, onde a obediência cega a um líder faz parte da dinâmica do culto”⁶² – uma religiosidade resultante da má-fé religiosa, uma religião neutralizada cuja prática intenta obter vantagem do outro, manipulando-o; uma religião não funcional, que

[...] procura o controle social através da culpa, medo e vergonha. Encoraja os seguidores a adotar uma atitude de superioridade, de ser o dono da verdade e de julgar os outros. [...] Infelizmente, muitas pessoas sentem grande apoio e orientação, segurança e clareza neste ambiente, pois não precisam tomar decisões morais, apenas seguir a ‘linha do partido’ com fé e confiança⁶³.

Desse mesmo modo, o líder religioso incute no fiel acometido por alguma doença a certeza de que a fé garante a cura por ele ser digno e merecedor da graça divina. Um discurso que pode levar o doente a pôr em prática o que lhe é pregado, deixando de obedecer às prescrições médicas, até mesmo de ir ao médico, por cair na sedução do discurso de seu líder que promete uma cura fácil e o fim do sofrimento. Autorizado pelas corporações, o discurso passa a valer às pessoas instituindo-lhes uma gama de condutas pessoais⁶⁴. Assim, se a religião é benéfica ou prejudicial, é controvérsia que continua desde o diagnóstico de *Loucura religiosa* e das ideias de Freud sobre neurose universal⁶⁵. Algumas pessoas consideram-se ajudadas pela religião e a escolhem como um caminho de crescimento, enquanto para outras ela é uma fonte de estresse

⁵⁷ Cf. BARROS, 2005, p. 29.

⁵⁸ FIORIN, José Luiz. Sendas e veredas da semiótica narrativa e discursiva, p. 177-207. *Revista DELTA*, v. 15, n. 1, p. 177-207, 1999. p. 181.

⁵⁹ BARROS, 2005, p. 29.

⁶⁰ BARROS, 2005, p. 37.

⁶¹ CITELLI, 2002, p. 10.

⁶² LOTUFO NETO, 1997, p. 45-46.

⁶³ LOTUFO NETO, 1997, p. 31.

⁶⁴ CITELLI, 2002, p. 41.

⁶⁵ Cf. LOTUFO NETO, 1997, p. 30.

que pode resultar em transtorno mental, em psicopatologia – ponto a ser discutido no tópico seguinte.

3. Psicopatologia em função da religiosidade

Discorrer sobre a religiosidade pelo enfoque da psicopatologia, carece de tomá-la tanto pela característica contemporânea da ausência de fé quanto, sobretudo, pelo seu uso como recurso de preenchimento de outra vacuidade do ser humano. Considera-se a assistência especial do evento da religiosidade enraizada na população brasileira e sua manifestação na representação psicopatológica, pois quase sempre não há uma fronteira que estabeleça os limites entre religiosidade e psicopatologia.

Lotufo Neto, em relação à saúde mental, faz um resumo da correlação entre religiosidade intrínseca/extrínseca desta forma: intrínseca, negativamente “com dogmatismo, pensamento irracional, insegurança”⁶⁶; extrínseca, positivamente “com dogmatismo, pensamento irracional, sentimento de impotência, medo da morte, e negativa com tolerância”⁶⁷.

Já em relação à religião/saúde, Lotufo Neto a considera enganosa se tomadas sob perspectivas dicotômicas que desconsideram formas plurais de práticas da religião e de concepções de saúde mental. O processo de tratamento de pacientes por psiquiatras e psicoterapeutas requer conhecimentos sobre particularidades das formas de religião: quais “podem conduzir a uma saúde mental madura e saudável e quais as que podem ser prejudiciais ou patológicas. A religião pode ser um abrigo, um perigo, uma terapia, uma expressão ou uma supressão de doença mental”⁶⁸.

Para corroborar a afirmação acima e complementá-la, os autores Lotufo Neto, Lotufo Jr. e Martins citam, primeiramente, o rol dos principais argumentos apresentados por John F. Schumaker⁶⁹ ao compilar estudos de pesquisadores que consideram a religião como fator prejudicial à saúde:

- a. Gera níveis patológicos de culpa.
- b. Promove o auto denegrir-se e diminui a autoestima, através de crenças que desvalorizam nossa natureza fundamental.
- c. Estabelece a base para a repressão da raiva.
- d. Cria ansiedade e medo através de crenças punitivas (por exemplo: inferno, pecado original etc.)
- e. Impede a autodeterminação e a sensação de controle interno, sendo um obstáculo para o crescimento pessoal e funcionamento autônomo.
- f. Favorece a dependência, conformismo e sugestionabilidade, com o desenvolvimento da confiança em forças exteriores.
- g. Inibe a expressão de sensações sexuais e abre caminho para o desajuste sexual.

⁶⁶ LOTUFO NETO, 1997, p. 35.

⁶⁷ LOTUFO NETO, 1997, p. 35.

⁶⁸ LOTUFO NETO, 1997, p. 33.

⁶⁹ Como fora citado enfaticamente, nesta subseção, por autores diferentes, convém que se esclareça quem é John F. Schumaker: psicólogo clínico aposentado, acadêmico, autor e crítico social.

- h. Encoraja a visão de que o mundo é dividido entre ‘santos’ e ‘pecadores’, o que aumenta a intolerância e a hostilidade em relação ‘aos de fora’.
- i. Cria paranoia com a ideia de que forças malévolas ameaçam nossa integridade moral.
- j. Interfere com o pensamento racional e crítico⁷⁰.

Nessa mesma linha de intelecção estão Freire e Moreira, autores que veem um vínculo na rejeição ou busca da religião com a “cultura individualista, geradora de um vazio, a ser preenchido seja pelo consumo seja pela religião”⁷¹ e, assim, as manifestações psicopatológicas permanecem associadas, ora mais ora menos, à religião, muitas vezes pelas consequências de sua falta, por meio da falta de fé que assola as sociedades atuais⁷².

As características indicadoras de raízes patológicas – segundo Salzman são:

- Crença intensa, irracional e de curta duração na nova doutrina.
- Preocupação maior com a forma da doutrina do que com os princípios éticos e morais envolvidos.
- A atitude em relação à crença anterior não é moderada, nem apresenta compaixão; porém, cheia de ódio, desprezo e malevolência.
- Intolerância contra os que ‘se desviam’.
- Zelo proselitista intolerante, que aliena, ao invés de atrair outros.
- Necessidade de martírio para provar a devoção⁷³.

Outrossim, quando o religioso se apega excessivamente ao princípio teológico, tomando-o *ipsis litteris*, ele pode extrapolar os limites religiosos e adentrar a obscura seara da patologia e, nessa aderência inflexível, é acometido do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em tal conjuntura, emerge culpa. De que modo? “A culpa pode ser genuína (uma tentativa de gerar atividade para refazer ou superar o comportamento que a produziu), ou (patológica, um mecanismo para fugir da responsabilidade e evitar alterar o próprio comportamento)”⁷⁴. Mas, como assim *fugir da responsabilidade e evitar alterar o próprio comportamento*? Naturalmente apoiando-se nos preceitos religiosos (*ipsis litteris*) que justificam o porquê de manter o tipo de conduta que vem mantendo, que é a única considerada, por esse tipo de religioso, absolutamente certa.

Recorrendo-se, novamente, aos autores Lotufo Neto, Lotufo Jr. e Martins – os quais, por sua vez, novamente, citam John F. Schumaker, mas agora abordando, em polo oposto, argumentos de outros pesquisadores que pesquisou e que consideram a religião como fator benéfico à saúde. Arrola-se, assim, mais uma lista:

- a. Reduz a ansiedade existencial ao oferecer uma estrutura cognitiva que ordena e explica um mundo que parece caótico.

⁷⁰ LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO, Zenon; MARTINS, José Cássio. *Influências da Religião sobre a Saúde Mental*. São Paulo: Esetec, 2009.

⁷¹ FREIRE, José Célio; MOREIRA, Virginia. Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levina-siana. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 93-98, 2003. p. 94.

⁷² FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94.

⁷³ LOTUFO NETO, 1997, p. 43.

⁷⁴ LOTUFO NETO, 1997, p. 42.

- b. Oferece esperança, sentido, significado e sensação de bem-estar emocional.
- c. Ajuda as pessoas a enfrentarem melhor a dor e o sofrimento, através de um fatalismo reassegurador.
- d. Fornece soluções para uma grande variedade de conflitos emocionais e situacionais.
- e. Soluciona o problema perturbador da morte, através da crença na continuidade da vida.
- f. Dá às pessoas uma sensação de poder e controle, através da associação com uma força onipotente.
- g. Estabelece orientação moral que suprime práticas e estilos de vida autodestrutivos.
- h. Promove coesão social.
- i. Fornece identidade, satisfazendo a necessidade de pertencer, ao unir as pessoas em torno de uma compreensão comum.
- j. Fornece as bases para um ritual catártico coletivo⁷⁵.

Freire e Moreira também se fundamentam em John F. Shumaker para dizerem que estudos que versam sobre a psicopatologia da depressão apontam que a crença e a prática da religião são propícias a reduzir a manifestação desta doença⁷⁶. A religiosidade direciona a concepção do sofrimento sob uma ótica diferente, isto é, numa cosmovisão religiosa; por seu turno, o vínculo aos grupos de praticantes religiosos remete o indivíduo a “interações sociais, formação de grupos e redes sociais, solidariedade e estímulo a atitudes cooperativas”⁷⁷. E, se analisada sob o ângulo de pacientes que têm sua saúde mental comprometida, pode-se supor, inclusive, tratar-se de uma experiência de caráter numinoso⁷⁸, que produz modificações na consciência e, portanto, também no modo de “compreender, interpretar e enfrentar o sofrimento mental”⁷⁹.

É assim então que Baltazar e Silva reconhecem a interferência da religião dos que a ela recorrem: sentido à vida, compreensão ao mundo, guia à vida, estruturação às práticas cotidianas. Rose Murakami e Claudinei Campos também veem a religião como fenômeno propício ao “tratamento do paciente com doença mental, por proporcionar continência emocional e social e ensinamentos de costumes que incentivam a qualidade de vida”⁸⁰. Continuando, os autores dizem:

O apoio oferecido pelas instituições religiosas e a possibilidade de inserção do paciente numa rede de relações sociais é muito importante no contexto da saúde mental, visto que o paciente psiquiátrico é marcadamente excluído das relações sociais em decorrência do adoecimento, e que muitas vezes, tem seus laços sociais reduzidos ao hospital psiquiátrico ou à instituição de tratamento.

O paciente encontra nas instituições religiosas, muitas vezes, uma aceitação irrestrita e uma valorização do seu discurso, porque esses locais oferecem atenção e cuidado mútuo,

⁷⁵ LOTUFO NETO; LOTUFO; MARTINS, 2009. p. 104-105.

⁷⁶ FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94.

⁷⁷ BALTAZAR, Danielle Vargas; SILVA, Claudia Osorio da. O que a saúde mental tem a ver com religiosidade? *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 75-97, 2014. p. 78.

⁷⁸ Termo cunhado por Rudolf Otto, na obra *O Sagrado: um estudo do elemento não-racional na ideia do divino e a sua relação com o racional*. Tradução de Prócoro Velasquez Filho. São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista, 1985. O autor pretendeu com esse termo distinguir o sagrado na sua vertente não-racional. “Se *lumen* pode servir para formar luminoso, *numen* pode formar o numinoso” (p. 12).

⁷⁹ BALTAZAR; SILVA, 2014. p. 78.

⁸⁰ MURAKAMII, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, mar./abr. 65(2), p. 361-367, 2012. p. 361.

se revelando mais próximos dos pacientes por oferecerem uma possibilidade de inserção em relações sociais que extrapolam o hospital, além de permitirem o enfrentamento de alguns impasses do cotidiano através da rede de apoio social que estabelecem entre seus fiéis⁸¹.

Sob prisma similar, Silveira e Nunes reconhecem que a religião, para muitos, é uma forma de inclusão social, possibilitando o restabelecimento do quadro disruptivo de sofrimento psíquico, espelhando que as categorias não são unívocas nem homogêneas⁸² e, por certo, favorecendo a melhora da depressão. Sob este aspecto, “Calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência” (dados de 2005)⁸³. Alertou-se que a tendência desses números seria crescer significativamente. Passaram-se 12 anos e no dia 3 de abril de 2017, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde (7 de abril), “o lema da campanha mundial é ‘Depressão: vamos conversar’”⁸⁴.

Mas, afinal, por que a depressão vem crescendo aceleradamente num mundo em que o progresso com as tecnologias de ponta descortina para muitos não só o fascínio de tantas magias, mas sobretudo um conforto inimaginável? Ocorre que “Nossas instituições, quadros de referência, estilos de vida, crenças e convicções mudam antes que tenham tempo de se solidificar em costumes, hábitos e verdades ‘auto evidentes’”⁸⁵. Tudo flui, nada permanece, nada é para sempre. Daí a denominação metafórica *modernidade líquida* atribuída à pós-modernidade, isto é, à contemporaneidade, por Zygmunt Bauman, conhecido como *profeta da pós-modernidade*⁸⁶. Em meio a tamanha instabilidade ainda não se sabe a intensidade das consequências que tal conjuntura pode causar ao ser humano. Sabe-se, porém, que está difícil pensar qualquer aspecto da vida a longo prazo. Assim,

O chão onde piso pode, de repente, se abrir como num terremoto, sem que haja nada no que me segurar. A maioria das pessoas não pode planejar seu futuro por muito tempo adiante. Os acadêmicos são ainda umas das poucas pessoas que têm essa possibilidade. Na maioria dos empregos podemos ser demitidos sem uma palavra de alerta⁸⁷.

Sem usar o termo *depressão*, Bauman caracteriza circunstâncias propícias de sua formação e fixação. Não se quer dizer com isso que o que caracteriza o povo brasileiro é a falta de fé. Pelo contrário: “o Brasil vive um efervescente processo ligado à espiritualidade”⁸⁸. E, num âmbito mais abrangente, ou melhor, no mundo ocidental, em meio à já referida modernidade líquida tem se vivenciado a chamada *crise da religiosidade*, contribuindo sobremaneira pela crise da saúde mental, ora pela baixa da religiosidade, ora pelos seus usos e abusos, encontrados hoje,

⁸¹ MURAKAMII; CAMPOS, 2012, p. 364.

⁸² SILVEIRA; NUNES, 2015, p. 174.

⁸³ OMS. *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2HlnQlv>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

⁸⁴ OPAS/OMS. *Tema do Dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS*. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

⁸⁵ PALLARES-BURKE, Maria Lúcia Garcia. A Sociedade Líquida, 10p. Caderno Mais! *Folha de São Paulo*. São Paulo, 19 out. 2003, p. 2. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

⁸⁶ A complexidade do problema ora pesquisado é tamanha que demanda do pesquisador voos para outros campos epistemológicos transcendentem à especificidade psicopatológica e religiosa, mas voltando sempre ao objeto da pesquisa.

⁸⁷ Zygmunt Bauman, entrevistado por PALLARES-BURKE, 2003. p. 4.

⁸⁸ FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94.

no Brasil, em alguns segmentos sociais⁸⁹. Na verdade, não é a religiosidade a *ovelha má* desencadeadora de transtornos mentais, de psicopatologias, mas sim o mau proveito dela, o fanatismo, por exemplo, o desequilíbrio na intensidade de absorção dela e o modo literal de sua interpretação.

Conclusão

O discurso religioso que não se sensibiliza com pessoas acometidas de transtorno mental presta um desserviço à humanidade. O grande número de brasileiros que são afetados por esse tipo de discurso pode ser observado nos consultórios e clínicas, tanto psiquiátricas como de psicologia. Isso fica evidenciado no presente artigo pelo número e exemplos apresentados em literatura sobre essa espécie de transtorno mental. Não poucos pacientes abandonam o tratamento medicamentoso pensando que esses colocam em dúvida sua fé sincera. Isso muitas vezes incentivado por líderes religiosos inescrupulosos que se aproveitam da fé simples daqueles fiéis. Esses líderes condenam qualquer aspecto científico que possa sugerir a impotência do divino, limitando a cura a intervenção divina e que não se faz necessário o uso de qualquer tipo de fármaco ou terapia. O discurso apresentado por eles recoloca sobre o fiel uma responsabilidade que ele não tem condições de suportar, tendo em vista que se encontra doente. Para essa espécie de líder religioso ciência e fé jamais caminharão juntas. Para eles, a evolução científica debilita a fé, pondo em risco a salvação do fiel. Em seus discursos apelativos fundamentam suas palavras em textos isolados do contexto bíblico, o que confunde ainda mais o sincero fiel. Esse também é um dos motivos de tantos fanáticos religiosos serem encontrados no Brasil atualmente. A irresponsabilidade desses líderes tem levado não poucos a abandonarem medicamentos indispensáveis ao equilíbrio mental de muitos pacientes cristãos, que pensam viver em pecado se fizerem uso desse medicamento para o seu próprio bem. Isso agrava o quadro de cristãos em risco de surto psicótico e dificulta ainda mais o tratamento. Sem considerar que sobrecarrega a saúde pública, gerando a necessidade novas internações, o que poderia ser evitado se os limites do discurso religioso fossem observados.

Referências

- ADORNO, Theodor W. Freudian theory and the pattern of fascist propaganda. In: *Gesammelte Schriften 8 – Soziologische Schriften I*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1972, p. 407-432.
- BABA, Sri Prem. *Propósito: a coragem de ser quem somos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2018.
- BALTAZAR, Danielle Vargas; SILVA, Claudia Osorio da. O que a saúde mental tem a ver com religiosidade? *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 75-97, 2014.
- BARBOSA *et al.* Saúde Mental em enfermeiros plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. In: *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. ALVES *et al.*, Rilda Fernandes. (Orgs.). Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 217-241.
- BARROS, Diana Luz Pessoa de. *Teoria semiótica do texto*. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2005.

⁸⁹ FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 95.

- BORBA, Patrícia Laubino. A inscrição do discurso do esquizofrênico no discurso religioso, *Linguagem & Ensino*, Pelotas, v. 11, n. 2, p. 393-417, jul./dez. 2008.
- CITELLI, Adilson. *Linguagem e persuasão*. 15. ed. São Paulo: Ática, 2002.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, Psicopatologia & Saúde Mental*. Porto Alegre: Art-med, 2008.
- FAGUNDES, Renata Borba. Uma breve análise do percurso gerativo de sentido em uma tira de Magali. 8p. *Anais do SILEL*, v. 2, n. 2. Uberlândia: EDUFU, 2011.
- FIORIN, José Luiz. Sendas e veredas da semiótica narrativa e discursiva. *Revista DELTA*, v. 15, n. 1, p. 177-207, 1999.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FREIRE, José Célio; MOREIRA, Virginia. Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levinasiana. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 93-98, 2003.
- GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- GOMES, Nilvete Soares; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014.
- LOTUFO NETO, Francisco. *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. 354f. Tese de obtenção do título de Livre-docente. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria. São Paulo, 1997.
- LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO, Zenon; MARTINS, José Cássio. *Influências da Religião sobre a Saúde Mental*. São Paulo: Esetec, 2009.
- MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zélia Maria Neves. *Antropologia: uma introdução*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MEC. Secretaria de Educação Fundamental. *Saúde*. Disponível em: <<https://bit.ly/2MHxe53>>. Acesso em: 2 set. 2020.
- PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. *Saúde mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- MURAKAMII, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, mar./abr. 65(2), p. 361-367, 2012.
- OMS. *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2HlnQlv>>. Acesso em: 24 jul. 2020.
- OPAS/OMS. *Tema do Dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS*. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 24 jul. 2020.
- PALLARES-BURKE, Maria Lúcia Garcia. A Sociedade Líquida, 10p. Caderno Mais! *Folha de São Paulo*. São Paulo, 19 out. 2003, p. 2. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 26 set. 2017.
- PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. *Saúde mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl 1, p. 136-145, 2007.

- SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde, p. 15-16. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, jul./ago./set. 2004, p. 16. Disponível em: <<https://bit.ly/2HhWXAj>>. Acesso em: 2 fev. 2021.
- SAMPAIO, José Jackson Coelho. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), p. 29-41, 2007.
- SILVA, Eliane Moura da. Entre religião, cultura e história: a escola italiana das religiões. *Revista de Ciências Humanas*, Viçosa, v. 11, n. 2, p. 225-234, jul./dez. 2011.
- SILVEIRA, Luana Silveira da; NUNES, Mônica de Oliveira. Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise/ In: *BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos Humaniza SUS*, v. 5, Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- STROPPA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In: *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. (Orgs.). Belo Horizonte: Inede, 2008, p. 427-443.
- VALE, Rosângela Martins do. A dimensão da fé na perspectiva de Paul Tillich. *Anais do V Congresso da ANPTECRE Religião, Direitos Humanos e Laicidade*, v. 5, p. 1-8, 2015.
- VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, 37(4), p. 440-445, 2003.

Submetido em: 03/10/2022

Aprovado em: 07/06/2023