



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Antropologia

Experiências Religiosas – um estudo etnográfico no hospital
psiquiátrico

Beatriz Gonçalves Ruivo Domingos Lourenço

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Antropologia

Orientador:
Professor Doutor Pedro Miguel Pinto Prista Monteiro, Professor Auxiliar,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2015

Experiências Religiosas – um estudo etnográfico no hospital
psiquiátrico

Beatriz Gonçalves Ruivo Domingos Lourenço

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Antropologia

Orientador:
Professor Doutor Pedro Miguel Pinto Prista Monteiro, Professor Auxiliar,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2015

Para a avó Meiga.

“É ele que perdoa todos os seus pecados
e cura todas as suas doenças.”

Salmos 103:3

RESUMO

A Medicina e a Religião são processos sociais, através dos quais o Homem articula o seu pensamento e comportamento com a realidade que o rodeia. A cura, como processo transformador da experiência, representa um denominador comum entre ambos, que mobiliza conceptualizações que o Homem faz sobre si próprio, sobre a doença e sobre o sofrimento.

A tentativa de compreender a presença de uma capela dentro do Hospital Júlio de Matos é o mote para explorar, historicamente, a relação entre a Igreja Católica e a Psiquiatria Europeia, bem como a complexa interação entre a religião e a saúde/doença mental. A religião e a espiritualidade, no confronto com a saúde/doença mental proporciona um terreno propício ao estudo pluridisciplinar, justificando a integração das perspetivas antropológica, histórica e, naturalmente, clínica. A humanização das Ciências Médicas, neste caso da Psiquiatria, permite ultrapassar o discurso centrado na doença e lançar luz sobre as interpretações subjetivas do sofrimento e as suas representações e repercussões pessoais, familiares e sociais, sendo, assim, garante fundamental da boa *praxis*.

Palavras-chave: Antropologia das Religiões, Psiquiatria Transcultural, Experiência Religiosa, Capela Hospitalar, Hospital Psiquiátrico, Cura.

ABSTRACT

Medicine and Religion are social processes through which the human behavior interacts with reality. Healing is a shared flexible concept, regarding a transformative experience, that mobilizes conceptualizations about the self, disease and suffering.

The attempt to understand the presence of a chapel inside the psychiatric hospital allows the historic exploration of the relationship between the Catholic Church and the European Psychiatry, and also the complex interaction between religion and mental health/illness. Religion and spirituality in confrontation with mental health/illness provides an interesting frame for a multidisciplinary study, justifying the integration of anthropological, historical and clinical perspectives. The humanization of the Medical Sciences, in this case Psychiatry, enables the consideration for the subjective interpretations of suffering and its personal, familiar and social repercussions, ensuring a better clinical practice.

Key-words: Anthropology of Religions, Transcultural Psychiatry, Religious Experience, Hospital Chapel, Psychiatric Hospital, Healing.

Índice

Resumo.....	V
<i>Abstract</i>	VI
Índice.....	VII
Índice de Ilustrações.....	VIII
Capítulo I – Introdução.....	1
1. Uma palavra prévia.....	1
2. O <i>porque</i> e o <i>para que</i> deste estudo?.....	4
Capítulo II – Antropologia e Psiquiatria.....	11
1. A Cultura na prática clínica psiquiátrica.....	11
2. A Cura Simbólica.....	14
3. A Religião na prática clínica.....	17
Capítulo III - A Igreja e o Hospital: encontros e desencontros.....	21
1. Da Antiguidade Clássica à Idade Média.....	21
2. O Iluminismo - Nascimento da Psiquiatria na Europa.....	24
3. O Caso Português.....	26
4. Igreja Católica e Estado Português – enquadramento jurídico no século XX.....	29
5. SAER- Serviço de Apoio Espiritual e Religioso.....	31
Capítulo IV – Metodologia e Resultados.....	35
1. Da Psiquiatria à Antropologia – o método e as contingências.....	35
2. Desenho do estudo e metodologia.....	39
3. Resultados.....	40
3.1 A Igreja Católica no Hospital Júlio de Matos.....	40
3.1.1 O Local de Culto: a capela.....	40
3.1.2 O Assistente Espiritual: o capelão.....	43
3.1.3 Os Rituais.....	43
3.2 Vinhetas Clínicas - Narrativas dos doentes.....	47
3.2.1 Vinheta 1 – A Tábua de Salvação.....	48
3.2.2 Vinheta 2 – Deus Natureza.....	50
3.2.3 Vinheta 3 – O espírito e o espiritismo.....	52
3.3 Visita ao Santuário de Fátima.....	54
3.4 Perspetiva médica.....	60

3.5 Posicionamentos oficiais.....	61
3.5.1 SAER.....	61
3.5.2 Conselho de Administração HJM.....	64
Capítulo V – Considerações Finais.....	65
1. Eixo sagrado/laico.....	65
2. Eixo saúde/doença.....	69
3. Eixo espiritual/mental.....	71
Fontes.....	77
Bibliografia.....	79
Anexos.....	83

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Kirmayer, L. (2004). “The Cultural Diversity of Healing: Meaning, Metaphor and Mechanism” in British Medical Bulletin, vol.69:33-48.....	16
Ilustrações 2 – Exterior da capela.....	40
Ilustração 3 - Interior da capela.....	42
Ilustração 4 - Estátua de São João de Deus.....	42
Ilustração 5 - J. com o seu terço na mão.....	49
Ilustração 6 - J.P. no final da entrevista.....	51
Ilustração 7 - O colar de N.....	54
Ilustrações 8 - O grupo no Santuário de Fátima.....	56
Ilustração 9 - Uma pausa.....	57
Ilustrações 10 - O grupo na Igreja da Santíssima Trindade.....	57

Capítulo I - Introdução

1. Uma palavra prévia

O mundo sobrenatural e sobre-humano, pertence e define o Homem. A crença numa dimensão superior ao Homem é profundamente humana, pois só é passível de ser equacionada após reconhecimento da própria consciência humana. Segundo António Damásio, a consciência é “um estado mental em que temos conhecimento da nossa própria existência e da existência daquilo que nos rodeia” (Damásio, 2010: 199). O *sobre-humano* surge do confronto com o *humano*. Esta conquista tem por base processos evolutivos relacionados com a cognição, linguagem e imagética e marcou, continuando a marcar, a conceptualização que o Homem faz do mundo e de si próprio. Assumindo este aspeto único do sobre-humano, o fascínio do estudo sobre este tema é extraordinário, e as suas múltiplas perspetivas de análise vertiginosas.

O mundo sagrado sempre me despertou curiosidade, como uma dimensão mágica, onde apenas alguns acediam e na qual estes eram íntima e intensamente tocados. Durante a infância, assisti a várias cerimónias religiosas católicas, ou por protocolo escolar ou por persuasão de algum familiar mais devoto. Para mim, o momento mais ansiado destes rituais era o tal Mistério da Fé. Nesse instante, era compelida (ou pelo menos, compelia-me) a imaginar uma força, uma energia, um vetor? invisível, vindo dos céus, que por meios ocultos, secretos e impenetráveis, cumpria a sua obrigação de transformar o profano em sagrado. Era o Mistério da Fé. De facto, para mim, tudo aquilo era um mistério que me atraía, mais pelo mistério do que pela fé.

Durante a minha formação académica, frequentei a Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, fundada em 1977 e alojada no conhecido Campo dos Mártires da Pátria, num imponente edifício de estilo renascentista, já ocupado no passado pela Escola Médico-Cirúrgica e depois pela Faculdade de Medicina. Um espaço privilegiado do saber biomédico, por onde várias gerações médicas antes de mim passaram e onde se respirava Ciência e História. Ciência histórica, daquelas pesadas, já entranhada na própria construção e que fazia vergar os

inocentes alunos do primeiro ano, a caminho do solene teatro anatómico. Cá fora, o reabilitado Campo de Santana, emoldurava o cenário com uma tranquilidade serena. Não fosse uma presença discreta, mas perturbadora: o Dr. José Tomás de Sousa Martins, vulgo Sousa Martins, conhecido médico da casa e popularmente beatificado após a sua morte. Constantes romarias e inúmeras velas e lápides de agradecimento eram colocadas à sua volta, num espetáculo paralelo e dissociado com o que se passava dentro das portas da Faculdade. Este homem depois de morto, rivalizava (achava eu) com a prática dos colegas vivos. A estátua, ali plantada, defronte e de costas para a Faculdade, parecia uma provocação.

Na realidade, este acaso permitiu-me refletir sobre a flexibilidade e a hibridiz dos métodos e estratégias aos quais se pode recorrer quando procuramos uma cura ou tratamento. Os mesmos que colocam lápides de agradecimento aos pé do quase-santo, continuam a navegar pelo sistema de saúde dito tradicional, assim como eventualmente por outros sistemas de tratamento. O que aparentemente seria contraditório e incompatível, na realidade não o é, resulta apenas de combinações consoante a criatividade, necessidade e disponibilidade dos seus utilizadores (Bastos, 2001:303-323).

A conceptualização da saúde, da doença e dos processos de cura, enquanto fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, é feita de forma diferente pelas Ciências Humanas ou pelas Ciências Naturais. A convicção da necessidade de ultrapassar este desencontro e descobrir um espaço em comum, com aplicação direta na Psiquiatria, decorre de uma necessidade real, já sendo proposta antiga de uma grande figura nacional, o incomparável Barahona Fernandes.

As “Antropociências”, termo encontrado para designar tal programa, era, e continua a ser, um projeto integrativo, que pretende tomar uma perspetiva antropológica para todas as intervenções preventivas ou curativas, tendo como objeto o “Homem Perturbável, na luta da Saúde/Doença”. O olhar unidimensional - “ciclópico”, como diria Barahona – ambiciona dar lugar a um modo de pensar “convergente e dialético”, onde a humanização das ciências médicas é garante fundamental da boa *praxis*. O conceito de “Antropociências”, não representa um mero espaço fronteiro entre diferentes disciplinas, mas sim uma mudança de paradigma interpretativo de raiz (Barahona, 1983:511-513).

A pertinência em ultrapassar o modelo estritamente biomédico prende-se com a tendência discursiva centrada na doença e nos sintomas, que remete para segundo plano as interpretações subjetivas do sofrimento e as suas representações e repercussões pessoais, familiares e sociais. Ao longo da minha formação académica e profissional, tenho feito um

esforço consciente, e consistente, de procura de outros modos de ver e pensar o Homem, em particular o Homem doente. Em 2009, tive oportunidade de participar num projeto de Saúde Pública em Luanda, Angola, e em 2010 contribuí para a implementação de um programa de Saúde Escolar na Ilha de Moçambique, Moçambique. Já no decorrer da minha formação pós-graduada, em 2013 realizei um estágio de Psiquiatria Social e Transcultural, em Montreal, Canadá, na Universidade McGill, sob a direção do Professor Laurence J. Kirmayer. Confesso, que foi este último passo que me colocou definitivamente na trajetória da Antropologia, despertando em mim, de forma quase instintiva, a vontade de aprofundar o meu entendimento sobre esta disciplina, a partir do seu cerne. Esta humilde, e breve, incursão pela Antropologia, reveste-se, assim, de um egoístico interesse em aprender, e acima de tudo, em enriquecer o meu olhar clínico. Se pelo caminho, conseguir contribuir, nem que seja um milímetro para a consolidação e avanço das Ciências do Homem, maior satisfação terei.

A religião e a espiritualidade, no confronto com a saúde e doença mental compõe um terreno rico e propício a um estudo pluridisciplinar. Como médica interna de Psiquiatria, aprendi que a religião desempenha, frequentemente, um papel contendor e estruturante da experiência, manifestando-se como um fator protetor da doença mental. O papel exercido na inserção na comunidade e na organização da rotina diária não deve ser desprezado ou ignorado, podendo mesmo representar um aliado, ou uma ferramenta, no projeto terapêutico. Por outro lado, também se observa, regularmente, a infiltração de conteúdos psicóticos em temáticas religiosas, podendo ser árduo distinguir, em determinado momento, o que é uma ideia mística delirante e o que é uma crença religiosa, dita normativa. A intersecção entre a religião e a saúde/doença mental na prática clínica é complexa, dependente de vários fatores, não só relacionados com a própria patologia psiquiátrica, mas também com características intrínsecas do próprio sistema religioso em causa.

Ao longo da minha formação clínica, confrontei-me com a presença assídua de capelas católicas em ambiente hospitalar. Uma presença sóbria, mas constante. Ao iniciar o meu trabalho no Hospital Júlio de Matos (HJM)¹, também aqui acabei por descobrir a capela, como que escondida, nas traseiras do hospital e quase sempre fechada. O que faz uma capela católica aqui, num hospital psiquiátrico? Quem a frequenta? E com que fins?

¹ O HJM localiza-se no Parque de Saúde de Lisboa e desde 2012 pertence ao designado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, após integração por fusão com o Hospital Miguel Bombarda. Por uma questão de comodidade, ao longo do trabalho manter-se-á a designação antiga de HJM.

A Psiquiatria contemporânea, como especialidade biomédica, encerra dentro de si paradigmas distintos de conceptualização da doença e da saúde mental, mas de uma forma transversal centraliza a sua atenção na dimensão intra-humana e na verbalização de conflitos internos ((McHugh e Slavney, 1998). A religião e a espiritualidade não são temática abordadas de forma sistemática. O olhar antropológico facilita a compreensão/interpretação de diferentes conceptualizações de doença e do mal-estar, podendo revelar perspectivas distintas, que de outra forma estariam ocultas. Uma abordagem mais flexível, multidisciplinar e contextualizada historicamente pode ter implicações diagnósticas e terapêuticas importantes. E é com este propósito que iniciamos esta viagem pelos meandros do espiritual e do mental.

2. O porque e o para que deste estudo

A presença de capelas católicas nos hospitais sempre me despertou um certo desassossego, que se consolidou em genuína curiosidade quando iniciei as minhas funções no HJM. Um espaço espiritual em coabitação com um espaço mental provoca-me inúmeras interrogações e exige, na tentativa do seu esclarecimento, a mobilização de diferentes perspectivas: a antropológica, a histórica e, naturalmente, a clínica.

A religião representa um dos temas mais extensamente estudados por uma diversidade incrível de disciplinas, como a Antropologia, a Sociologia, a Filosofia, a Psicologia, a Teologia; originando extensos debates, diálogos e confrontos. A religião define um campo de interesse comum a várias disciplinas, cuja unidade enquanto “ciências da religião” passa essencialmente pelo seu objeto comum, pois pouca concordância existe no que diz respeito a conceitos, definições ou metodologias.

A religião opera sempre dentro de enquadramentos culturais específicos, sendo o contributo da Antropologia precioso para a compreensão das implicações teóricas e clínicas a este nível (Dein, 2013:34). A Antropologia assumiu a religião como um dos seus temas fundadores, sendo tarefa impraticável, tendo em conta o meu incipiente e imaturo conhecimento antropológico, realizar uma revisão teórica, digna desse nome. Não obstante, vale a pena mencionar algumas ideias chave, que de uma ou outra forma, constituem interesse para o trabalho em causa.

A ideia de um processo evolutivo de pensamento humano, no qual o Homem, no confronto com o mundo natural, e na tentativa de compreender os mistérios da vida (e da morte), recorreu a práticas mágico-religiosas, foi aceite de forma consensual durante décadas. A tentativa de identificar as formas mais elementares, e alegadamente primordiais, de práticas religiosas ocupou uma Antropologia, de forte influência positivista, onde as diferenças culturais entre práticas eram encaradas como fruto de um processo evolutivo intelectual, sequencial, de base biológica (Tylor, 1871; Frazer, 1890; Rivers, 1924/2001). O etnocentrismo, tomava como referência o mundo ocidental e a ciência constituía o estadió intelectual mais avançado. Também os primórdios da Psiquiatria Comparativa tomavam como *standard* o comportamento do homem ocidental, enquadrando tendencialmente a estranheza do Outro como psicopatológica, fruto de diferença biológicas (Kirmayer, 2007:3-19).

Estas perspetivas, psicológicas e generalistas, centram a sua atenção na experiência religiosa enquanto objeto de análise, passível de ser explicado e mapeado até à sua conceção original, através da investigação comparativa das suas formas mais elementares. A tentativa de explicar a vida social através de suposições de um passado, supõe a existência unívoca de um caminho evolutivo, no qual os povos se situam de acordo com o seu desenvolvimento intelectual e social. Esta conceptualização da vida humana, é intelectualmente interessante, mas suportada essencialmente por especulações (ou mesmo ficções?).

Provavelmente, a perspetiva psicológica da religião com impacto mais determinante na Psiquiatria foi a perspetiva psicanalítica de Sigmund Freud (1856-1936). Esta teorização sobre desenvolvimento psicosssexual invadiu todos os domínios a sociedade, e Freud em *Totem e Tabu* (1913/2001) procurou transformá-la num sistema capaz de explicar todo o comportamento humano e a própria conceção do mundo pelo Homem. A religião permitiria compensar o Homem pelas privações e sofrimento implicadas na vivência grupal, funcionando como um mecanismo de defesa contra o domínio opressivo da cultura (Freud, 1930/2008). Deus protege o Homem da solidão e do desespero, explica os fenómenos da natureza e apazigua a morte. Numa perspetiva evolucionista pura, Freud acredita que a Ciência suplantará o pensamento religioso, sendo este apenas uma fase temporária da grande História do Homem. A “omnipotência dos pensamentos”, ilustra a “sobrevvalorização dos processos psíquicos em detrimento da realidade” e é considerada como o princípio orientador da magia, assim como característica do pensamento neurótico, isto é, de fases primitivas de desenvolvimento. A crença religiosa é uma neurose obsessiva universal e um estado confusional alucinatório. Apesar de na sua obra *The Future of an Illusion* (1927/2008), Freud

chegar a questionar “onde se encontra a força interior destes ensinamentos, quando sua eficácia não reside na sua aceitação pela razão?”² (Freud, 1927/2008:35), não existe no seu trabalho uma tentativa de compreender a religião, fora do modelo constritor psicanalítico. Ao catalogar a experiência religiosa como psicopatológica neurótica ou alucinatória, Freud demite-se de analisar a complexidade que o tema exige.

O estudo da natureza da experiência religiosa levanta reservas quanto à sua exequibilidade, ultrapassando, definitivamente, o âmbito deste modesto trabalho. Aqui, assume-se a religião como facto social, inserido, num “corpo comum de valores, crenças e costumes” (Evans-Pritchard, 1972/2011:55), isto é, num sistema social. Segundo Clifford Geertz, a religião é “um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas conceções com tal aura de facticidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas” (Geertz, 1973/1993: 90). A religião como sistema cultural, consiste num modelo para a realidade e um modelo da realidade, isto é, que molda e é moldado pela realidade.

A realidade aqui em estudo é a de um hospital psiquiátrico, monovalente, onde existem pessoas que o habitam diariamente e por longos períodos de tempo, de meses a longos anos. Estas pessoas são doentes³, este hospital é a sua casa e esta capela católica o local de culto para muitos deles. Surge, então, este espaço comum entre a doença (mental) e a religião, onde se entrecruzam as narrativas de esperança, fé, mal-estar e cura. A análise funcional desta unidade social implica também a compreensão do percurso histórico que deu origem à atual situação. A partilha de espaço entre o hospital e a igreja tem raízes historicamente bem definidas e elucidativas das relações interinstitucionais que se foram estabelecendo ao longo dos tempos.

Os primórdios da Medicina Moderna europeia nascem no templo de Esculápio na Antiguidade Clássica, pela mão e obra de Hipócrates, com a valorização da etiologia natural da doença. Durante a Idade Média, a arte da cura instala-se em mosteiros e conventos, onde a religião cristã domina a linguagem de sofrimento. A separação clara de papéis, só ocorre no mundo ocidental, após o iluminismo, com a progressiva secularização da sociedade. Ao longo

² Tradução da Autora.

³ Apesar de se reconhecer o significado redutor do termo “doente”, opta-se por utiliza-lo, pois de todas as designações possíveis (indivíduo, enfermo, sujeito), é esta a que melhor capta a condição em estudo.

do século XVIII e XIX, a disseminação dos valores republicanos e a progressiva autonomização da Ciência, condicionam a perda de espaço de influência da Igreja (Scull, 2015).

Em Portugal, a limitação dos poderes da Igreja Católica está intimamente relacionada com os eventos sociopolíticos que ocorrem durante o século XIX. A sujeição do poder religioso ao poder civil com a Constituição de 1822 e a posterior expulsão das Ordens Religiosas em 1834 na Convenção de Evoramonte, dão início a um novo ciclo de relacionamento entre o Estado e Igreja. Com a elaboração da Primeira Constituição da República em 1911, ficou determinado, formalmente, a separação do poder religioso dos restantes (Mattoso, 1993). Apesar disso, a Igreja Católica continuou a desempenhar um papel relevante no nosso contexto político e sócio-cultural. Ao longo do século XX assistiu-se a uma progressiva (re)aproximação entre a Igreja Católica e o hospital, documentada por vários acordos de âmbito jurídico-legal e concretizada pela presença, em todos os hospitais do Sistema Nacional de Saúde, de um espaço destinado à prática religiosa, gerido por elementos da referida igreja e equiparados a funcionários públicos.

Parece, assim, que de acordo com o enquadramento legal atual, a religiosidade pode e deve ser experienciada em ambiente hospitalar. A presença periférica, mas inquietante, de uma capela católica num hospital psiquiátrico como o HJM, despertou em mim a curiosidade de investigar este mundo pouco acessível a olhares menos atentos, um mundo remetido ao privado e afastado do olhar clínico. A estranheza impressa nessa presença, que se afirma simultaneamente com familiaridade, causou-me uma irresistível atração, que só a imersão no terreno poderia (temporariamente) saciar. Várias interrogações se foram formulando. Como se estabeleceu esta relação entre o Estado e a Igreja Católica ao longo do tempo? Como surge o espaço religioso dentro do espaço hospitalar? Num hospital psiquiátrico, como o HJM, quem frequenta a capela? E como é vivida esta religiosidade? A prática do culto interfere com o projeto terapêutico? De que maneira?

Na tentativa de explorar estas questões, manifestamente intrigantes, são estabelecidos à partida os seguintes objetivos específicos:

1. Enquadrar historicamente a relação entre a Psiquiatria Europeia e a Igreja Católica, até ao momento presente: explorar e documentar a evolução passada dos relacionamentos

estabelecidos entre ambas as instituições, procurando compreender a situação atual em Portugal e indagar sobre eventuais desenvolvimentos futuros.

2. Acompanhar os rituais religiosos e a manipulação de símbolos sacros em ambiente hospitalar laico: observar e participar nas missas e outras atividades de cariz religioso que decorrem nas instalações do HJM, ou fora delas, acompanhando o padre no exercício das suas funções, sempre que possível.

3. Compreender como o fenómeno religioso é experienciado pelo doente em ambiente hospitalar e analisar a integração de elementos religiosos/espirituais na composição da narrativa individual do doente e da sua doença, através da realização de entrevistas semiestruturadas a doentes e outro elementos relevantes.

O presente trabalho assume-se, assim, como um trabalho de base etnográfica, no qual se pretende explorar a dinâmica religiosa num hospital psiquiátrico. A “observação participante” das cerimónias religiosas que ocorrem no HJM, bem como das atividades de alusão religiosa organizadas para os doentes do referido hospital, revela-se um dos métodos principais. Procurou-se acentuar a dimensão participativa, no limite das contingências pessoais e profissionais existentes. As entrevistas semiestruturadas, individuais e de grupo, em particular a doentes, constitui a segunda vertente do trabalho de campo, nesta tentativa de compreender como o religioso se manifesta no hospital.

Tendo consciência da multiplicidade de disciplinas e áreas de conhecimento que são mobilizadas no estudo da religião em geral, e da sua relação com a Medicina em particular, decidi definir três eixos de análise, procurando manter-me fiel às interrogações primordiais que motivaram o presente trabalho. São estes: o eixo do sagrado/laico; o eixo da saúde/doença e o eixo do espiritual/mental.

Eixo sagrado/laico: A partilha de espaço de curar, entre a esfera do sagrado e do secular, tem raízes históricas bem identificadas. Será alvo de análise a gestão de limites e reconhecimento das ambiguidades implicadas nestas relações institucionais. Os rituais religiosos constituem uma magnífica janela de observação desta realidade, permitindo, também, a compreensão de como são manipulados os símbolos sacros (e não sacros) neste contexto.

Eixo saúde/doença: a embrincada relação entre a religião e saúde/doença mental exige uma profunda análise de como são integrados os elementos religiosos e como é estruturada a narrativa.

Em primeiro lugar, considerando a religião como fator de resiliência, protetor e contentor da experiência, é útil compreender em que medida este papel é desempenhado no contexto em estudo. O reconhecimento da cura, como processo transformativo da experiência, com características híbridas, integrado em modelos explicativos de mal-estar, culturalmente determinados, muitas vezes preenchidos com referências místicas, proporciona uma reflexão sobre as narrativas em confronto no encontro entre o doente e o clínico. Por outro lado, a ideia mística delirante partilha algumas características com a crença religiosa dita normativa. A perda da agencialidade e as alterações dos limites do “eu” podem definir a ambas conformações semelhantes e representar um desafio clínico.

Eixo espiritual/mental: o espiritual dominou o universo do sofrimento e da cura até à autonomização da Medicina, mantendo, contudo, grande influência em alguns sistemas de tratamento alternativos ao sistema biomédico. O mental, como dimensão capaz de acomodar processos psicopatológicos e psicoterapêuticos, só ganhou notoriedade partir do século XX.⁴ Contudo, a descontinuidade no conhecimento cérebro-mente torna impossível a correlação direta e inequívoca, entre o fenómeno mental e o fenómeno cerebral, parecendo impossível ultrapassar o dualismo cartesiano, que continua profundamente enraizado na cultura ocidental, modelando a forma de conceptualizar a experiência.

Tanto o espiritual, como o mental, como dimensões *invisíveis*, partilham a incompreensibilidade do imaterial e do que aparentemente não tem substrato⁵. Ambas participam nos jogos da cura e da transformação da experiência, onde a atribuição etiológica irá condicionar a elaboração da narrativa da enfermidade e conseqüentemente o padrão de procura de auxílio. No hospital psiquiátrico, local privilegiado do *mental*, como é integrado o *espiritual*, e em que aspetos se diferenciam e se aproximam?

⁴ Apesar de durante o século XVIII, influências orientais da hipnose tenham penetrado na Europa através de Franz Anton Mesmer e José Custódio de Faria (Abade Faria), a conceptualização da *mente* como substrato passível de acomodar processos (psico)patológicos e (psico)terapêuticos apenas surge na Europa, de uma forma clara e estruturada, na sequência dos trabalhos de Jean-Martin Charcot no campo da hipnose.

⁵ Na realidade, sabemos que ambas tem substrato: o corpo.



Partindo de uma abordagem antropológica associada a uma perspectiva histórica, explorarei, então, como é vivida a religiosidade no Hospital Júlio de Matos, na esperança que possa contribuir para o esclarecimento da complexa relação ente a religião e a psicopatologia.

Para além dos objetivos atrás expostos e da estrutura analítica proposta, este trabalho também se assume como uma documentação e caracterização da presente situação vivida neste hospital, revestindo-se, assim, de importância para o próprio Hospital Júlio de Matos, enquanto instituição.

Capítulo II – Antropologia e Psiquiatria

1. A Cultura na prática clínica psiquiátrica

“Culture influences the experience and expression of distress from its inception.”

(Kirmayer, 1989:327-339)

Já um longo caminho foi percorrido desde o início da Psiquiatria Comparativa de Kraepelin até ao momento presente. A Antropologia entrou definitivamente no seio da Psiquiatria, de forma sólida, na segunda metade do século XX. Vários movimentos contribuíram para essa conjugação, dos quais se destacam a Psiquiatria Transcultural na América do Norte, mais interessada no estudo da relação entre o indivíduo, sociedade e doença (Kleinman, 1977); e a Etnopsiquiatria em França, que se debruça mais na investigação sobre os sentidos culturais da doença e na sua dimensão simbólica (Devereux, 1970). Bebendo influências também de outras disciplinas sociais como a Sociologia ou a Filosofia da Ciência, mas mantendo o seu compromisso com a clínica, a renovada Psiquiatria Comparativa coloca ênfase no trabalho etnográfico e encara a cultura como um processo dinâmico e universal. Pretende-se que a Psiquiatria assuma uma postura reflexiva, crítica e interpretativa, com atenção ao contexto social, cultural e político no qual o fenómeno ocorre. Além disso, a Antropologia Médica ou da Saúde também se sedimentou como área de conhecimento, problematizando questões como as conceptualizações culturais da saúde/doença, os saberes terapêuticos alternativos ao modelo biomédico, a competência cultural dos sistemas de saúde, os interesses económicos das farmacêuticas e ainda as relações complexas entre as práticas terapêuticas e religiosas. Em Portugal, o Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA) desempenhou, e continua a desempenhar, um poderoso contributo para a dialética das “Antropociências”.

Não é útil reificar a cultura, encarando-a como um superpoder com forças e propósitos próprios, ao qual podem ser atribuídas relações de causalidade com os processos sociais, como também não é conveniente reduzi-la a fenómenos psicológicos que condicionam o

comportamento humano. Parece-me sim, vantajoso encarar a cultura como o contexto, um sistema fluido e flexível, que molda e é moldado pela realidade, no qual podem ser descritos os acontecimentos sociais, os comportamentos humanos e as instituições.

O homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significados.

(Geertz, 1973/1993:2)

Apesar desta citação se dirigir à Antropologia, na realidade, também é aplicável à Psiquiatria. A Psiquiatria é também uma ciência interpretativa que procura significados⁶. O encontro clínico é o momento privilegiado desta exploração e a *praxis* psiquiátrica é sustentada, de forma indiscutível, pela entrevista clínica e colheita da anamnese, sendo esta a sua principal ferramenta diagnóstica. Neste encontro, entre doente e clínico, pretende-se lançar luz sobre o quadro patológico através do reconhecimento das queixas apresentadas. Contudo, este reconhecimento implica um entendimento - até mesmo uma sintonia - entre ambas as partes, na compreensão de símbolos e significados, que pode estar dificultada por enquadramentos culturais (e técnicos) diferentes.

A conceptualização da pessoa e do *self* regula, e é regulada, por padrões culturais implícitos, no que diz respeito a diversas características como a autonomia, expressão emocional, racionalidade, verbalização de conflitos internos, entre outros (Kirmayer, 2007). A forma como o corpo é percebido e os sintomas somáticos interpretados, são também moldados por variáveis culturalmente definidas. Não só a expressão, mas também a própria experiência de mal-estar é influenciada por modelos culturais, na sua génese. German Berrios e a equipa de Cambridge, consideram os sintomas mentais como objetos híbridos, isto é como “sinais biológicos configurados culturalmente” (Berrios, 2013:39-48). A cultura desempenha um papel fundamental na modulação dos sinais emitidos pelo substrato neurobiológico. Sinais cerebrais de diferentes localizações podem configurar o mesmo sintoma, e sinais idênticos podem originar sintomas distintos. Apesar do substrato biológico estar sempre presente, este não é fundamental para compreender os sintomas mentais, mas sim a sua construção em articulação com a biografia cognitiva e emocional do indivíduo.

⁶ Ver também pág. 35 (“Da Psiquiatria à Antropologia – o método e as contingências”).

Além disso, no encontro clínico, aquilo que é verbalizado ou transmitido traduz uma decisão estratégica (consciente ou não) do doente na seleção dos aspetos que são adequados, esperados e úteis apresentar nestas circunstâncias. Esta seleção e composição é feita, implicitamente, de acordo com os modelos culturais disponíveis. Frequentemente, não chegam a ser narrativas estruturadas, mas sim tentativas de narrativas, compostas por elementos verbais e não-verbais, que procuram expressar o mal-estar sentido pelo indivíduo, através de sinais e sintomas. Um idioma de mal-estar (*idiom of distress*) é uma explanação, muitas vezes fragmentada e por vezes com elementos contraditórios, que adquire ressonância a nível simbólico e da experiência do grupo social. É polissémico, com múltiplos níveis interpretativos, integrando fatores sociais, culturais, políticos e religiosos (Nichter, 2010:401-416). Os modelos explicativos, aos quais o indivíduo recorre para clarificar as atribuições etiológicas do seu mal-estar, ilustram explicações culturalmente aceites e revelam-se de extrema utilidade no encontro clínico, pois caberá ao clínico a sua (re)interpretação e subsequente tradução para a linguagem “técnica” (Kleinman, 1988).

Configuram-se, assim, duas perspetivas em confronto. Por um lado, a narrativa da enfermidade (*illness narrative*) que vocaliza a experiência subjetiva dos sintomas e do sofrimento, incorporando a perceção individual dos problemas daí decorrentes, bem como a reação social à enfermidade. É um discurso que pretende explicar e categorizar o mau estar, através do senso-comum, passível de ser compreendido pelo grupo social respetivo e é trazido ao encontro clínico pelo paciente e famílias. O clínico, por seu lado, tentará reformular esta informação através das “lentes teóricas da sua prática” (Kleinman, 1988), obedecendo a nomenclaturas e taxonomias próprias. No caso da Medicina, a narrativa da enfermidade é transformada numa entidade clínico-patológica definida de acordo com o modelo biomédico, onde os processos fisiopatológicos ocorrem de forma independente da perceção ou reconhecimento do indivíduo ou dos ambientes sociais. Esta é a narrativa da doença (*disease*), segundo Kleinman. Do ponto de vista clínico e antropológico, a narrativa da enfermidade está revestida de múltiplas camadas de significados, que se estabelecem através da relação. Da relação com o próprio corpo, com a família, com a comunidade, com o espiritual, etc. A desatenção pelo(s) significado(s) da enfermidade, retira definitivamente poder ao paciente e circunscreve a clínica a um terreno tecnicista.

É inegável como a Psiquiatria transporta consigo a Antropologia, não só enriquecendo a sua prática, mas também orientando, de forma determinante, o seu olhar clínico, na tentativa de compreensão do Outro. O recente lançamento da 5ª versão do controverso *Manual de*

Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2014), o famoso DSM-5⁷, permite múltiplas reflexões no âmbito da evolução classificatória, que me abstenho de aqui iniciar. Contudo, no que diz respeito à conceptualização do impacto da cultura na psicopatologia e a abordagem elucidativa de aspetos culturalmente relevantes, o DSM 5 debruçou-se de forma mais consistente e franca neste tópico, com a publicação da Entrevista de Formulação Cultural (*CFI - Cultural Formulation Interview*) e com a mudança de terminologia associada: os Síndromes Ligados à Cultura (*Culture-Bound Síndromes*⁸) são substituídos por Conceitos Culturais de Mal-Estar (*Cultural Concepts of Distress*). Procura-se, assim, ultrapassar a relação unívoca sugerida pelo antigo termo, entre constelações de sintomas e determinada cultura, admitindo-se que “todas as formas de mal-estar são localmente moldadas, incluindo as perturbações do DSM” (APA, 2014:905). A ênfase é, agora, colocada na experiência subjetiva e nas explicações de mal-estar, em detrimento da mera apresentação.

2. A Cura Simbólica

A atribuição etiológica do mal-estar, quer esta seja natural, familiar, social, espiritual ou outra, influenciará, conseqüentemente, o padrão de procura da sua atenuação ou extinção. O sistema biomédico valoriza, tradicionalmente⁹, a dimensão intra-humana e a etiologia natural, excluindo tendencialmente qualquer outro modelo explicativo apresentado. No entanto, mesmo na realidade portuguesa, onde o modelo biomédico está profundamente enraizado, estão presentes sistemas de tratamento alternativos, concorrentes e adjuvantes, que desempenham um importante papel nas vivências da população em geral. Na prática clínica, é útil uma conceptualização abrangente e integrativa, que permita a promoção de boas práticas de saúde, respeitando o contexto cultural em causa.

Qualquer sistema de tratamento depende do conceito de cura. A cura, como o processo ou o momento da transformação da experiência, corresponde a uma nova reorganização da

⁷ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*

⁸ *Culture-Bound Síndromes* termo cunhado por Pow Ming Yap em 1962.

⁹ Tradicionalmente no sentido da acumulação de conhecimento científico, práticas e técnicas, mas também no sistema de valores culturais em que se insere.

atenção, de significados e de experiências, sendo o ritual, enquanto prática transformativa, o espaço que permite que tal aconteça. A eficácia da cura implica a crença, ou pelo menos a disponibilidade para acreditar, na própria cura. O estudo comparativo de sistemas de tratamento aponta para a existência de certos elementos universais (Frank, 1961/1993), que permitem estabelecer um paralelismo entre diversos modelos de tratamento. A cura envolve uma performance, papéis definidos (o de “aflito” e o de “curador”), um local e tempo próprio, ações simbólicas específicas e até expectativas em relação à sua eficácia.

O estudo sobre a cura espiritual ou *shamânica* lançou nova luz sobre a relevância da dimensão simbólica. Claude Lévi-Strauss (1908-2009), figura crucial na emergência da Antropologia Estruturalista, partindo de um exemplo de Wassen e Holmer referente aos Cuna, no Panamá, reflete sobre as características estruturais da eficácia simbólica. Um *shamã*, tendo sido requisitado para prestar auxílio a uma mulher em trabalho de parto, canta um longo texto, no qual convoca espíritos para ajudar à dilatação uterina. Ao longo do canto, estabelecem-se duas dimensões. Por um lado, a mulher em posição obstétrica indígena, gritando, suando e sangrando – a crua realidade. Por outro lado, os espíritos convocados, de “chapéus (...) com pontas bem retas (...) se põe a caminho (...) seguem em fila o longo caminho de Muu” (Lévi-Strauss, 1949:210) – o mito. Os dois universos se constituem ao longo da narrativa cantada, com uma frenética alternância discursiva entre as duas dimensões, eventualmente na tentativa de abolir o espaço que as separa. Para Lévi-Strauss, a elaboração da narrativa, recorrendo extensamente a pormenores e repetições, “constitui uma manipulação psicológica do órgão doente” (Lévi-Strauss, 1949:207). O mito, mapa de significados numa dimensão paralela, permite a passagem para a expressão verbal de experiências, que sem essa linguagem, seriam vividas de forma anárquica e ininteligível. Através do mito, o *shamã* fornece um sistema coerente de interpretação do mundo e permite, assim, “desbloquear processos fisiológicos” (Lévi-Strauss, 1949:213).

A tentativa de re-vivência da experiência através da reconstrução do mito (social) na cura *shamânica*, assemelha-se à verbalização de conflitos internos e resistências, proposta pela Psicanálise e designada por ab-reação ou catarse¹⁰. Na Psicanálise, assume-se que a verbalização de conflitos internos e resistências conduzirá à sua dissolução, constituindo este

¹⁰ Ab-reação e catarse: constituem métodos terapêuticos que atuam através da descarga emocional que ocorre após a evocação e revivência de acontecimentos traumáticos que foram reprimidos.

o momento terapêutico primordial.¹¹ A re-vivência da experiência, provocada pelo analista assemelha-se re-vivência induzida pelo *shamã* através da reconstituição do mito (social). Lévi-Strauss (1949) considera que tanto a Psicanálise como a cura *shamânica* induzem transformações fisiológicas através de uma reorganização estrutural da experiência. A eficácia simbólica de ambas estaria relacionada com esta capacidade de induzir a reação.

Mas como ocorre a “manipulação psicológica do órgão doente”? O que vincula a experiência ao mito e permite que representações simbólicas sejam traduzidas ao nível de experiências fisio(pat)ológicas? Kirmayer (2004) e a escola de Montreal, conceptualizam uma hierarquia de níveis de organização bio-psico-sociais capazes de comunicarem entre si, nos quais atuam diferentes mecanismos de cura. A conceptualização metafórica, não obstante tratar-se de um processo essencialmente cognitivo (cortical) que permite grande fluidez e criatividade, está fundamentada na experiência corporal, em símbolos sociais e nas instituições. A metáfora é um espaço de representação intermédio entre o mito e o arquétipo que vai mobilizar aspetos motivacionais, emocionais e até sensoriais. Posta em ação no ritual, a metáfora assume uma relevância fundamental neste espaço desconhecido, funcionando como um veículo de informação entre os diferentes níveis (Kirmayer, 2004:33-48).

O *transe* é referido em vários relatos etnográficos como exemplo de poder performativo e eficácia terapêutica. O *transe* como sinónimo de possessão, representa o movimento inverso

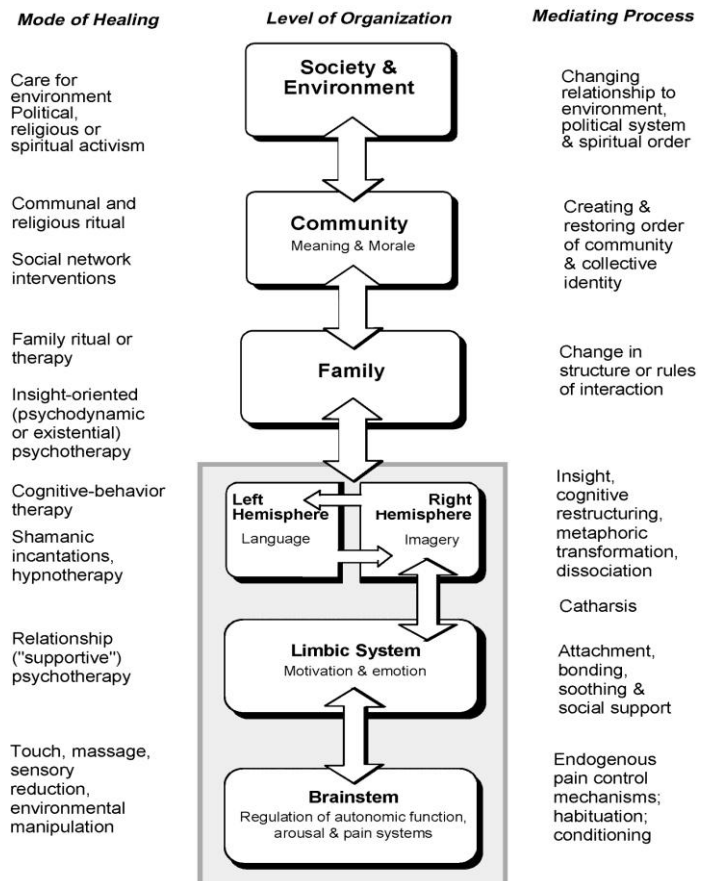


Ilustração 1 - Kirmayer, L. (2004). “The Cultural Diversity of Healing: Meaning, Metaphor and Mechanism” in *British Medical Bulletin*, vol.69:33-48

¹¹ Esta convicção na eficácia da verbalização impregnará o modelo ocidental psicoterapêutico até aos dias de hoje (Kirmayer, 2007).

do *shamanismo*, pois implica a descida dos espíritos/antepassados e a sua incorporação durante festividades, como elucidado pelo extenso trabalho de Roger Bastide (1958/2001) sobre candomblé no Brasil. Segundo o modelo hierarquizado de níveis organizacionais de Kirmayer (2004), o *transe* é também uma metáfora para um estado de absorção ou mobilização da atenção específico, que ocorre segundo um determinado guião social. Mais do que uma alteração do estado de consciência, o *transe* é, em primeira análise, uma alteração da atenção, que pode mobilizar alterações nos outros níveis hierárquicos.

O sistema biomédico, apesar de olhar com desconfiança para a cura espiritual, também recorre à manipulação de símbolos, sendo provavelmente o efeito placebo o seu melhor exemplo. O placebo, numa definição estrita: uma ”preparação neutra quanto a efeitos farmacológicos, ministrada em substituição de um medicamento, com a finalidade de suscitar ou controlar as reações, geralmente de natureza psicológica”¹², é na realidade, uma dimensão simbólica da cura do sistema biomédico. O efeito placebo foi apropriado e integrado no sistema biomédico, ao ponto de ser tido em conta para efeitos experimentais, aquando da realização de ensaios clínicos controlados.

3 A Religião na prática clínica

Atualmente, para efeitos de investigação no campo da Saúde Mental, é assumido um posicionamento neutro no que diz respeito à existência, ou não, de Deus ou outra entidade sobrenatural. Em contexto clínico, tal abordagem deve ser mantida, procurando-se, acima de tudo, compreender os significados envolvidos, avaliar a contribuição das crenças para um bom *coping* com a doença e explorar como estas se relacionam com os objetivos terapêuticos propostos (Huguelet e Koenig, 2009:1-5). Neste sentido, o modelo bio-psico-social de George L. Engel (1977) é ultrapassado por um modelo bio-psico-social-religioso/espiritual, assente num “paradigma interdisciplinar multinivelado”¹³ (Palouzian e Park, 2005 citados em

¹² Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2007). Lisboa: Temas e Debates

¹³ O modelo interdisciplinar multinivelado acomoda varias disciplinas: psiquiatria, psicologia, biologia, neurociências, antropologia, filosofia, teologia, etc.

Huguelet e Koenig, 2009) que permita o reconhecimento de vários níveis de análise, fruto do contributo de várias disciplinas, e que não fomente, nem perpetue, conclusões redutivas.

Considero útil encarar a religião como um sistema cultural, que esculpe e é esculpido pela realidade, reciprocamente. Segundo Geertz: “a religião ajusta as ações humanas a uma ordem cósmica imaginada e projeta imagens da ordem cósmica no plano da experiência humana”. Os símbolos religiosos permitem sintetizar esta visão do mundo e estabelecem a congruência entre o “estilo de vida particular e uma metafísica específica” (1973/1993: 87-125). Não obstante ser amplamente reconhecido o papel da religião e da espiritualidade na formação da identidade individual e coletiva, bem como o seu potencial estruturante da experiência, no encontro clínico psiquiátrico, a religião, raramente, é um tema abordado de forma sistemática pelo médico, a não ser como mera anotação do exótico. O diminuto envolvimento dos próprios psiquiatras em atividades religiosas pode contribuir para um menor interesse nestes temas. Acresce, ainda, a convicção de este ser um tema do foro privado, sobre o qual os pacientes não estarão interessados em ser interpelados (Huguelet e Koenig, 2009).

A temática religiosa surge, invariavelmente, na prática psiquiátrica quando se imiscui na psicopatologia. As taxas de prevalência de delírios religioso nas perturbações psiquiátricas dependem do tipo de perturbação em causa e do local onde é realizado o estudo. Existe grande discrepância entre estudos, o que sugere prováveis dificuldades em aferir os critérios de investigação, variando os resultados entre 7 a 43% em doentes com Esquizofrenia, sendo a menor prevalência para os estudos do Japão, seguidos por estudos europeus e por último norte-americanos (Koenig, 2007:95-104). A distinção entre a experiência psicótica de conteúdo místico e uma experiência religiosa dita normativa pode não ser linear. Alterações da agencialidade, como denominador comum entre ambas as experiências, podem implicar uma complexa investigação, exigindo uma cuidadosa análise dos (insondáveis) limites do *eu* e os efeitos comportamentais daí resultantes.

Andrew Sims, notável psiquiatra britânico particularmente interessado neste tema, propôs critérios para operacionalizar a distinção entre crenças religiosas integradas em experiências psicóticas, das crenças integradas em experiências não-psicóticas. Segundo este autor, os delírios religiosos podem ser identificados, pois normalmente coocorrem com outros sintomas reconhecíveis de doença mental e “o comportamento e a experiência subjetiva se conformam com sintomas de uma doença mental (...) e não como uma experiência de vida pessoalmente enriquecedora” (Sims, 2012). A capacidade crítica, ou *insight*, para avaliar a natureza

extraordinária dos seus relatos e a sintonia existente entre a experiência individual e a comunidade onde a pessoa está inserida parecem ser fatores preditores de uma crença religiosa dita normativa. Ainda assim, considero que a distinção entre estes dois fenómenos pode constituir uma tarefa árdua pela intrincada sobreposição de significados, que julgo só uma exploração compreensiva/interpretativa e o acompanhamento longitudinal cuidadoso permitirá, eventualmente, esclarecer.

Conclui-se, assim, que as crenças religiosas e espirituais despertam realmente a atenção clínica quando coocorrem com fenómenos psicopatológicos, mas são habitualmente relegadas para o plano do privado e não submetidas a uma avaliação sistemática nas restantes situações. Já foram elencadas várias razões para tal. Contudo, a religião e a espiritualidade representam uma plataforma de análise que permite a investigação, não só da experiência mística subjetiva, mas também, e sobretudo, a sua articulação com fatores protetores e de stress em relação à doença mental. Mais uma vez, a elucidação de aspetos culturalmente relevantes, a compreensão de diferentes conceptualizações de mau estar e a sua integração na narrativa do doente são garantia de uma melhor prestação de serviços médicos (Koenig, 2008: 201-213). A capacidade de compreender diferentes paradigmas interpretativos permite uma maior flexibilidade na elaboração de projetos terapêuticos. Se é fundamental que os serviços de saúde mental estejam pensados e adaptados às realidades locais, devem também estar preparados para receber populações culturalmente distantes, prestando cuidados eficazes, tanto no âmbito do diagnóstico como de tratamento (Whitley, 2012:245-260).

Capítulo III - A Igreja e o Hospital: encontros e desencontros

A história da Medicina Europeia desenrola-se em estreita relação com o discurso, o espaço e até com a moral religiosa. Durante vários séculos, a religião cristã dominou o espaço e o discurso do sofrimento, fornecendo uma linguagem disponível para a expressão do mal-estar físico e psíquico. A forma como a sociedade acomoda a loucura ao longo do tempo, é marcada pelos avanços científicos em domínios como as Neurociências e a Psicologia, mas também, inevitavelmente, sofre a influência das grandes narrativas socioculturais, às quais é permeável.

1. Da Antiguidade Clássica à Idade Média

Ao iniciar um relato histórico sobre a Medicina, inevitavelmente somos confrontados com a figura de Hipócrates, como um dos pais fundadores desta disciplina. Hipócrates (460-377 a.C.), marca esta história pela valorização que imprime na etiologia naturalista, bem como a importância que confere aos princípios éticos da *praxis* médica, cujos valores se mantêm atuais¹⁴. Na Antiguidade Clássica, as interpretações sobrenaturais da doença coexistiam no mesmo espaço com as interpretações naturais, sendo o templo de Asclépio (ou Esculápio para os romanos), o Deus da Cura, o local destinado ao tratamento das perturbações do corpo e do espírito, recorrendo-se a purgantes, repouso, banhos, rituais religiosos como a consulta à oráculos ou a indução de sonhos reveladores. Hipócrates resiste à tentação de mobilizar o divino na busca de fatores explicativos da doença, e desenvolve todo um corpo de conhecimento baseado em causas naturais, que permitirá diferenciar-se das outras escolas de curadores (Scull, 2015:16-47).

¹⁴ Juramento de Hipócrates é o juramento solene realizado por todos os médicos no final da sua formação, no qual são enunciados princípios éticos da prática clínica. É inspirado no texto, alegadamente, escrito por Hipócrates, ou um dos seus alunos.

Caberá ao Império Bizantino a conservação do saber médico da Antiguidade Clássica e a sua futura transmissão e penetração no mundo islâmico. Sem contar com as estruturas vocacionadas para o tratamento de feridas de guerra, montadas para apoiar os avanços militares do Império Romano, os primeiros hospitais terão surgido no Império Bizantino e rapidamente apropriados pelo mundo islâmico e cristão ocidental, com a proliferação de várias estruturas hospitalares. Ambas as religiões enfatizavam as obrigações dos ricos para com os pobres, e os loucos seria uma população que definitivamente necessitava de auxílio, estando normalmente reservadas algumas camas para este tipo de indivíduos (Scull, 2015:16-47).

Na Europa Medieval, a Medicina e a Religião Cristã estabeleceram entre si uma relação simbiótica, imiscuindo-se as explicações sobrenaturais da doença com as naturais, e permitindo a conjugação de vários tipos de tratamentos, consoante a(s) causa(s) provável(eis). Um dos primeiros e mais completos livros médicos dos tempos medievais é o *The Bald's Leechbook*, manual anglo-saxónico compilado, provavelmente, durante o século IX, composto por 3 volumes, onde se discorre sobre quais os tratamentos indicados para uma panóplia de doenças. Está patente a influência de uma visão religiosa sobre a doença e a cura, recorrendo-se a métodos naturais, associados a sobrenaturais. O primeiro volume elabora sobre a distinção entre casos de possessão demoníaca e loucura, e sugere uma série de ações curativas para ambos os casos, envolvendo ambos a ingestão de complicados (mas duvidosos) cocktails de ervas, em associação à reza de orações ou à manipulação de objetos sacros. O último volume instrui sobre a utilidade de agressões físicas no tratamento da loucura, prática que se terá mantido patente durante os séculos seguintes, não só no mundo anglo-saxónico, mas também mediterrânico:

“In case a man be a lunatic; take skin of a mereswine *or porpoise*, work it into a whip, swinge the man therewith, soon he will be well. Amen.” (III, xl)

The Bald's Leechbook citado em Huguelet e Koenig, 2010:9

Jesus Cristo é tido como capaz de curar os enfermos e exorcizar os demónios. A cura espiritual e a possessão demoníaca não representam o vértice apenas do pensamento pagão, mas por volta do século III estão profundamente enraizados no Império Romano e Bizantino. A influência esmagadora da tradição cristã durante os séculos seguintes, fomentou a conceptualização religiosa e espiritual da doença mental, rejeitando o racionalismo e dificultando os modelos explicativos naturalistas. Os demónios estão em toda a parte e são

causadores de infortúnio, logo, a loucura é facilmente interpretada à luz deste teorização e os loucos confinados em mosteiros (Hinnells e Porter, 1999:316-338).

A Igreja Católica é, possivelmente, a única grande instituição na Europa ocidental que sobrevive ao colapso do Império Romano do Ocidente e desempenha um papel unificador na Europa até ao século XVI, data da Reforma Protestante e Católica. O Cristianismo medieval exerceu um domínio de ferro em vários sectores da sociedade, em concreto na Europa. O Poder Clerical, por si só autónomo, mas também amplamente imiscuído no Poder Régio, determinou movimentos expansionistas como as Cruzadas e também movimento inquisitórios internos como a criação da Santa Inquisição. Através da inquisição, foram condenados a pavorosos castigos físicos não só hereges, como também os loucos e desviantes, com base numa tese demoníaca para a doença mental (Scull, 2015: 48-85).

A condenação formal dos “crimes da feitiçaria” pelo Papa Inocêncio VIII, em 1484 e a publicação de obras como o *Malleus Maleficarum*, 1487, por Heinrich Kramer e James Sprenger, revela o estatuto da Igreja Católica na sociedade europeia medieval, e as relações de poder que se vão estabelecendo. A Igreja Católica procurou, não só manter a hegemonia espiritual geográfica, mas também, controlar e eliminar qualquer comportamento desviante. A bruxaria, a magia ou a feitiçaria, encaradas como formas de oposição ao poder estabelecido, representam uma dimensão também política de luta de poderes. Uma época marcada pela diminuta tolerância relativamente a outras crenças, ilustrada de forma impar pelo movimento das Cruzadas.

Os hospitais da Europa resultavam, essencialmente, de obras caritativas da Igreja Católica, nos quais o tratamento dos doentes era depositado no pessoal religioso (os designados *Hôtel-Dieu*). Entre os hospitais psiquiátricos mais antigos da Europa encontra-se o Bethlem Royal Hospital, fundado em 1247 e a partir de 1547 dedicado exclusivamente aos insanos¹⁵. A sua capacidade era reduzida, sendo provável que um número superior de doentes estivesse a cargo de instituições particulares ou prisões (Shorter, 2001:18). Contudo, a loucura, durante a idade média, assumiu-se, essencialmente, como um problema doméstico e familiar, apenas justificando maior contenção e isolamento da restante sociedade os casos violentos e que causassem grande agitação social, no entanto, sem qualquer propósito terapêutico.

¹⁵ Popularmente conhecido por *Bedlam*, termo associado a caos e loucura até aos dias de hoje.

2. O Iluminismo - Nascimento da Psiquiatria na Europa

O nascimento da Psiquiatria, como especialidade médica responsável pelo estudo e tratamento da loucura, ocorreu na viragem para o século XIX, em plena Revolução Francesa. Na realidade, a história da medicalização da loucura não é de todo alheia aos acontecimentos históricos da época, bem pelo contrário. Numa época de grande transformação social, conjugaram-se diversos fatores, políticos e não só, que contribuíram, de forma decisiva, para o estabelecimento da Psiquiatria como a perita oficial da loucura. Esta mudança de paradigma decorreu de diversos contributos, de vários países e quase em simultâneo, dos quais se destacam os exemplos de William Tuke em Inglaterra e Philippe Pinel em França.

Como já relatado anteriormente, a loucura até ao final do século XVIII era, em primeira instância, um problema doméstico, que quando ultrapassava a capacidade de contenção e supervisão pela comunidade, caía no domínio prisional, de hospitais gerais ou das ordens religiosas, sem um racional próprio, definido e transversal; e sobretudo, sem um propósito terapêutico e reabilitativo. Existiam, ainda, algumas estruturas privadas, onde era possível, aos mais abastados, alojar os familiares desviantes, contudo, a grande parte da população não dispunha de rendimentos suficientes para usufruir desses serviços.

As instituições e ordens religiosas por toda a Europa, e em particular em França, apoiavam indigentes, loucos e débeis, abandonados pelas famílias, em instituições próprias e em nome de Deus, assumindo a sua missão caritativa. A principal ferramenta que detinham era a arte de consolar, algo cultivado desde há vários séculos pelo Cristianismo, como uma tentativa de minimizar o sofrimento humano. Não se pretendia eliminar o sofrimento, mas sim facilitar a sua aceitação e ajudar a ultrapassá-lo através da esperança e da fé. A ala mais moderada da Igreja Católica Francesa do século XVIII, como os Irmãos de São João de Deus, não atribuía uma agência causal diabólica à doença mental, não recorrendo a exorcismos ou punições físicas como métodos de tratamento. Os Irmãos eram mesmo incitados a serem gentis e corteses, utilizando a compaixão para consolar ao alienados (Goldstein, 2001: 200-204).

Philippe Pinel (1745-1826) tornou-se célebre pelas reformas realizadas em Paris, no Hospital de Bicêtre em 1792 e de Salpêtrière em 1797, com a humanização dos cuidados aos loucos. Pinel, na sua obra *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801), desenvolveu exhaustivamente o designado tratamento moral, ilustrando-o com extensos casos clínicos.

Defendia uma abordagem gentil e contentora, que permitisse, numa primeira fase, ganhar a confiança do alienado, transmitindo-lhe segurança e tornando-o mais receptivo ao restante tratamento. Uma série de técnicas psicológicas poderiam de seguida ser utilizadas, consoante o quadro clínico, como a distração, imaginação e teatralização. Pinel distinguia a etiologia moral da física, sendo que o tratamento moral se adequava a casos cuja etiologia remetesse para fatores também morais, isto é, sociais ou relacionais.

Na realidade, o tratamento moral inspirou-se em vários métodos não médicos, dos cuidados prestados aos doentes mentais na época, entre os quais, indubitavelmente, o tratamento religioso. O empirismo conquistava a escola médica francesa, sobrepondo o contacto direto ao conhecimento teórico. Pinel reconhecia o valor do conhecimento direto e o potencial terapêutico das ações dos cuidadores próximos dos alienados e estava comprometido em trazer estes “remédios morais” para o campo oficial da Medicina, através de uma conceptualização teórica adequada. Ao secularizar esta técnica e cunha-la com o carimbo da ciência, Pinel, de forma astuta, eleva o psiquiatra ao estatuto de perito no tema, o único com legitimidade para a tratar. Não foi apenas uma estratégia terapêutica, mas sim uma estratégia para definir o poder no seio da instituição hospitalar, e que inevitavelmente, contribuiu para o questionamento da utilidade de ordens religiosas dentro do asilo. Pinel e mais tarde Esquirol, seu pupilo, assumem uma posição fortemente anticlerical, pretendendo erradicar por completo a influência da igreja no asilo (Goldstein, 2001:197-239).

A lei de 1838, em França, constitui um passo fundamental para a consolidação da emergência da Psiquiatria enquanto profissão, integrando-a no aparelho de Estado. Este decreto vem exigir a criação de uma rede nacional de asilos, gerida por médicos a tempo inteiro, desempenhando este, um papel decisivo na nova organização da assistência e do auxílio. O asilo assume-se, não só como o local para tratamento dos doentes mentais, mas também como local de aprendizagem para os futuros alienistas (Goldstein, 2001:276-321). Este movimento insere-se numa conjuntura mais ampla de estruturação da arte médica, que exigiu a reorganização de conhecimentos, do discurso sobre a doença, do estatuto do doente na sociedade e da própria relação entre a assistência prestada e a experiência clínica (Foulcault, 1963/2001).

Decorreu um fervoroso debate em torno do papel (e do espaço) das ordens religiosas nesta rede hospitalar e até que ponto estas poderiam ser integradas no projeto contemplado. Esta rede de cuidados foi inicialmente concebida para estar a cargo do Estado e sob a autoridade

médica, contudo, as ordens religiosas já dispunham de numerosas infraestruturas, bem estabelecidas na comunidade. O fator económico sobrepôs-se e foi assumida uma rede de cuidados públicos, privados e religiosos, com supervisão do Estado. A rivalidade entre ambas as forças, a psiquiátrica e a religiosa, mantém-se até à viragem do século XIX, mas a classificação das doenças mentais, a sua consolidação numa nosologia e mais tarde os avanços no campo da psicofarmacologia, demarcaram a Psiquiatria nesta disputa de poder (Golstein, 2001:276-321).

O tratamento moral e a conceptualização dos asilos como os locais terapêuticos da loucura, foram facilmente aceites na época, sendo vislumbrada uma sobreposição com valores da Revolução. A beneficência (*bienfaisence*) foi apropriada pelo novo regime, travestida de secularismo e integrada num projeto amplo de normalização das instituições encarcerativas como os asilos, as prisões ou as escolas. Este humanitarismo serviria não só para fazer o bem, mas também para vigiar, controlar e conter o indivíduo (Foucault, 1975/2013). Ocorreu, neste momento histórico, uma mudança de paradigma na conceptualização e tratamento das doenças mentais e a divergência irreversível entre a religião e a Psiquiatria.

3. O Caso Português

A realidade portuguesa medieval era semelhante à do resto da Europa, no que diz respeito à conceptualização da loucura e à assistência a ela prestada. Os cuidados assistenciais eram prestados em albergarias, hospitais ou gafarias, essencialmente de âmbito local, ligados a ordens militares e religiosas, confrarias ou iniciativas particulares. Não existia uma rede de cuidados nacional estatal, estando, assim, a assistência, em particular aos estratos mais baixos da sociedade, dependente de voluntarismo e caridade.

A penetração das Ordens Religiosas Hospitaleiras em Portugal ocorreu, de forma consistente, ao longo do século XVI e XVII¹⁶. Merece destaque a Ordem Hospitaleira de São João de

¹⁶ Durante o período da Reconquista, os reinos cristãos da Península Ibérica usufruíram do auxílio prestado por Ordens Militares no âmbito das Cruzadas, garantindo, desta forma, a sedimentação do território (re)conquistado ao povo muçulmano. Posteriormente, a expansão marítima portuguesa quinhentista impulsionou o

Deus, reconhecida pelo Papa em 1571 e com presença em Portugal desde 1580. Esta Ordem Hospitaleira foi incumbida de administrar os Reais Hospitais Militares de 1645 a 1706, e mais recentemente desempenhou um papel crucial na construção de estruturas assistências no campo da doença mental, como veremos de seguida (Franco, 2014).

Procurando contribuir para a resolução do flagelo social, foi também ereto o Hospital Real de Todos os Santos, o primeiro hospital construído para o efeito em Portugal, aberto ao público no ano de 1479, após autorização concedida pela Santa Sé. Estruturas semelhantes foram construídas nos grandes centros urbanos, como em Coimbra, Évora ou Braga. Pretendia-se centralizar os serviços prestados por diversos pequenos hospitais, em grandes hospitais, destinado à assistência pobres e enfermos. Estas iniciativas eram postas em prática após o aval do Papa e em estreita articulação com a Santa Sé. Para além disso, a própria arquitetura do Hospital Real de Todos os Santos dispunha-se ao serviço da vida religiosa: tinha a forma de uma cruz com a igreja no centro, à qual se acedia por uma escadaria monumental. As enfermarias designavam-se, como habitualmente na época, por nomes de santos: Santa Clara, S. Cosme e S. Vicente. Os loucos eram depositados na “Casa dos Doidos”, com fraca assistência prestada, e condições de higiene e alimentação paupérrimas.

A 1 de Novembro de 1755 – Dia de Todos-os-Santos – o Hospital Real de Todos os Santos não resistiu ao terramoto que destruiria também a cidade de Lisboa. Os doentes que aí se encontravam a receber assistência foram alojados em edifícios vizinhos, e só passados cerca de 20 anos, foram definitivamente transferidos para o Convento de Santo Antão, em tempos propriedade da Ordem de Jesus. Em 1759, Marquês de Pombal havia decretado a expulsão dos Jesuítas de Portugal, confiscando os seus bens e incorporando-os na Fazenda Nacional, medida justificada pelo crescente poder desta Ordem na sociedade portuguesa e que representaria os primórdios do processo de desamortização que se seguiria.

Efetivamente, ao longo do século XIX, a questão do papel e do poder da Igreja Católica e das suas ordens e congregações na sociedade portuguesa será debatido no confronto entre as forças absolutistas e liberais, durante a guerra civil portuguesa e o seu rescaldo. O processo de instituição plena de um Estado Liberal, verdadeiramente autónomo e soberano, impunha a

desenvolvimento portuário e levou ao influxo de população para os grandes centros urbanos e suas periferias, onde as condições de vida eram, para muitos, degradantes. Várias Ordens Religiosas Cristãs iniciaram a sua atividade em solo nacional neste período, desenvolvendo uma obra caritativa assistencial baseada nos princípios da ajuda e amor ao próximo.

realização de reformas profundas em vários sectores, designadamente no interior da Igreja Católica, tendo em vista a secularização da sociedade (Mattoso, 1993:339-353).

As Constituições de 1822 e de 1838 impunham a sujeição do poder religioso ao poder civil. Inicia-se um novo ciclo de relacionamento entre o Estado e Igreja, caracterizada pela existência de uma religião oficial, subordinada ao poder estatal, facto contestado e não aceite pela Santa Sé. A Convenção de Evoramonte (1834) decreta a extinção das ordens religiosas masculinas e a nacionalização dos seus bens, sendo impedida a admissão de noviças nas ordens femininas. Neste contexto, inicia-se um processo complexo de desmantelamento de corporações e estabelecimentos religiosos e da incorporação dos seus bens na Fazenda Nacional. O fenómeno da desamortização, cujo antecedente remonta à expulsão dos Jesuítas em 1759, é tipicamente liberal, e insere-se num movimento à escala europeia, com fenómenos semelhantes em França, Espanha e Itália. São anexados ao património do estado vários conventos, mosteiros, outros edifícios e bens religiosos, com exceção de objetos de culto sagrados (Mattoso, 1993:345-346). Entre os quais, encontra-se o património da Congregação dos Padres da Missão de S. Vicente de Paulo, o Convento de Rilhafoles. Este edifício, recebeu primeiramente o Real Colégio Militar, mas a partir de 1848 é transformado no primeiro hospital psiquiátrico português, o Hospital de Alienados de Rilhafoles, o futuro Hospital Miguel Bombarda.

As ordens religiosas são reintroduzidas progressivamente, de forma sub-reptícia, em Portugal a partir dos anos 50 do século XIX, supondo-se fruto de uma estratégia delineada pela Cúria Romana para readquirir poder na Sociedade Portuguesa. Mantêm atividade no ensino, na assistência e na organização de campanhas de missionação, agora com estatutos de Associações Filantrópicas e de Caridade, para se adaptarem às leis hostis que as limitavam. Usufruíam de proteção de alguns sectores da aristocracia, mas eram alvo de forte oposição pelos liberais e republicanos, que as consideravam ilegais (Mattoso, 1993).

Na realidade, no campo da assistência à doença mental em Portugal, as Ordens Religiosas Hospitaleiras responderam à necessidade do Estado em acompanhar o movimento da “grande reclusão”, iniciada em França pela teorização de Esquirol e ilustrada pela Lei de 1838, sobre os benefícios do isolamento dos alienados. No final do século XIX, o Irmão Bento Menni, inspirado na obra dos Irmãos de São João de Deus em Itália, fundou a Quinta do Telhal (1893) e a Casa da Idanha (1894) nos arredores de Lisboa. Valorizando a dimensão humana, ética, religiosa e educativa, os alienados disfrutavam de num ambiente repousante do campo,

onde assumidamente eram seguidos os preceitos do tratamento moral de Pinel. Estas instituições sobreviveram, essencialmente, com recurso a donativos e peditórios, aceitando apenas um pequeno número de pensionistas.

Em 1901, por iniciativa de Hintze Ribeiro, é aprovado o decreto lei a 18 de Abril, que visa a regularização e legalização das Ordens ou Congregações Religiosas e impedir a instalação de qualquer associação religiosa sem autorização do governo. As Ordens e Congregações religiosas ficaram, assim, subordinadas, em termos espirituais, “às autoridades eclesiásticas portuguesas” e em termos legais, “às leis e à superintendência do estado”. Entre 1901 e 1910 seriam registadas 56 associações religiosas (Franco, 2014).

Como acima exposto, a reorganização da sociedade portuguesa no Liberalismo condicionou também uma reorganização da própria estrutura da Igreja Católica e das suas Ordens em Portugal. Com notória flexibilidade, estas foram capazes de se reinventar sob formas jurídicas distintas e permaneceram ativas no campo da solidariedade social e da assistência, em particular no que diz respeito à Saúde Mental. De seguida, procede-se à análise da evolução das relações jurídicas entre o Estado e a Igreja Católica ao longo do século XX, em matéria de assistência hospitalar pública.

4. Igreja Católica e Estado Português – enquadramento jurídico no século XX

Com a elaboração da Primeira Constituição da República Portuguesa em 1911, ficou determinado que as Igrejas e outras comunidades religiosas ficariam constitucionalmente separadas do Estado. Apesar disso, a Igreja Católica continuou a desempenhar um papel relevante no contexto político e sociocultural português e ao longo do século XX e assistiu-se a uma progressiva (re)aproximação entre a Igreja Católica e o hospital, documentada por vários acordos, de âmbito jurídico-legal.

A Concordata de 1940, entre a República Portuguesa e a Santa Sé, estabeleceu, no Artigo 17º, o livre acesso do pároco ou sacerdote responsável ao hospital e estabelecimentos similares, de modo a garantir a assistência espiritual católica nesses lugares:

Para garantir a assistência espiritual nos hospitais (...) e outros estabelecimentos similares (...) **é livre o acesso** ao pároco do lugar e ao sacerdote encarregado destes serviços pela competente Autoridade eclesiástica, sem prejuízo da observância dos respectivos regulamentos, salvo em caso de urgência.

Volvido 28 anos, o Estatuto Hospitalar¹⁷, veio conceder papel especial ao pessoal religioso, através o Regulamento Geral dos Hospitais¹⁸:

Decreto-Lei n.º 48357, Artigo 80.º – (...) 4. Aos doentes deve também ser concedida assistência religiosa, sempre que a solicitem.

Decreto-Lei n.º 48357, Artigo 83.º – 1. A assistência religiosa católica aos doentes em tratamento nos hospitais é assegurada nos termos da concordata com a Santa Sé. 2. Devem ser dadas todas as facilidades aos doentes de fé não católica para a assistência religiosa que solicitarem.

Decreto-Lei n.º 48357, Artigo 56.º – (...) 4. O pessoal religioso tem **estatuto especial**.

Decreto-Lei n.º 48358, Artigo 10.º – (...) 3. A assistência religiosa é assegurada por capelães, designados nos termos da Concordata com a Santa Sé e legislação complementar.

No entanto, esta legislação complementar apenas veio a ser produzida já após a queda do Estado Novo, em 1980, através do Decreto-Lei n.º 58/80, de 10/10/80. Aqui, e de forma algo surpreendente, tendo em conta o panorama político e social dominante, é conferido o “estatuto de funcionários públicos” aos capelães hospitalares católicos, sendo o Estado responsável por assegurar os meios requeridos para o desempenho das atividades religiosas no hospital.

Decreto-Lei n.º 58/80, Artigo 1.º – Os capelães a que se refere o n.º 3 do artigo 10.º do Regulamento Geral dos Hospitais aprovado pelo Decreto n.º 48 358, de 27 de Abril de 1968, têm o **estatuto de funcionários públicos**.

Decreto-Lei n.º 58/80, Artigo 4.º – 1. As administrações hospitalares deverão assegurar aos capelães, para desempenho da sua função: a) uma sala ou local adequado onde possam receber e atender em particular quem aí os procure; b) as verbas indispensáveis à digna manutenção da capela ou lugar de culto existente; c) Outras verbas ou meios de ação estabelecidos por acordo com o bispo da diocese.

¹⁷ Decreto-Lei n.º 48357, de 27/04/68

¹⁸ Decreto-Lei n.º 48358

Mais recentemente, em 2004, é realizada uma nova concordata entre a Santa Sé e a República Portuguesa, substancialmente idêntica à de 1940 garantindo:

“(...) à Igreja Católica o livre exercício da assistência religiosa católica às pessoas que, por motivo de internamento em estabelecimento de saúde (...) estejam impedidas de exercer, em condições normais, o direito de liberdade religiosa e assim o solicitem.”¹⁹

5. SAER- Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

Em Setembro de 2009, foi publicado o Decreto-Lei 253/2009 em Diário da República, que constitui a última grande alteração jurídica em matéria da assistência religiosa hospitalar.

Neste documento, a assistência espiritual é considerada como uma “necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.” O presente diploma afirma, de forma explícita, que se mantém os pressupostos elencados na Concordata de 2004 entre a Santa Sé e a República Portuguesa, bem como a Lei da Liberdade Religiosa²⁰. Em súmula, é reconhecido o direito pelo “exercício da liberdade religiosa” em hospitais e estabelecimentos de saúde, devendo o Estado assegurar “as condições adequadas”; e é garantida à Igreja Católica “o livre exercício da assistência religiosa” em estabelecimentos de saúde.

O referido Decreto-Lei, vem, ainda, aprovar o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa (RAER), a ser aplicado em hospitais, centros de saúde e demais estabelecimentos de saúde com internamento que integrem o Sistema Nacional de Saúde (SNS). O RAER pretende assegurar as condições da prestação desta assistência, respeitando a “liberdade de consciência, de religião e de culto garantidas pela lei”.

Neste regulamento, é preconizado um serviço, ou organização religiosa, em todos os hospitais ou estabelecimentos de saúde do SNS, a ser prestado por “igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas”, a todos os “utentes internados (...), independentemente da sua

¹⁹ Artigo 18º, Concordata de 2004.

²⁰ Artigo 13, Lei nº 16/2001, de 22 de Junho.

confissão.” Esta assistência deve ser solicitada pelo próprio utente ou seus familiares, sendo possível “quando devidamente fundamentado” designar um assistente sem vínculo à unidade, “desde que tal não implique custos”.

É preconizado um assistente espiritual (AE) por cada 400 camas, podendo este estar vinculado, ou não, através de um contrato com a unidade de saúde. Os AE são “contratados mediante audição prévia da respetiva entidade religiosa” e “exercem as suas funções em regime de contrato de trabalho em funções públicas, a tempo completo ou parcial ou em regime de contrato de prestação de serviços”.

Os AE têm garantido o livre acesso aos utentes que solicitem a sua assistência, e apenas a esses, devendo limitar o seu contacto com os outros utentes, respeitando a liberdade de consciência, religião e de culto. Podem obter informações (desde que não confidenciais) necessárias ao correto desempenho das suas funções, devendo guardar sigilo dos factos de que tomem conhecimento na sua atividade. Os AE devem proporcionar atos coletivos de culto e podem participar em ações de formação desenvolvidas na unidade de saúde. Têm ainda o direito de usarem hábito religioso e serem remunerados, devendo sempre articular a sua atividade assistencial com os profissionais de saúde, respeitando as determinações clínicas e as orientações da administração da unidade. Deverá ser elaborado um relatório anual de atividades, a apresentar à Administração.

Os utentes têm o direito de aceder ao serviço de assistência religiosa, praticar cultos e participar em reuniões. Deverão ser assistidos em tempo razoável, com prioridade em caso de morte iminente. É lhes reconhecida a possibilidade de manter na sua posse objetos de culto e optar por uma alimentação que respeite as suas convicções religiosas. Têm, ainda, o direito de ver respeitadas as suas convicções religiosas e rejeitar a assistência quando não solicitada.

No que diz respeito ao espaço de culto, o presente regulamento estabelece o seguinte:

Em cada unidade (de saúde) deve existir:

- um ou mais locais com condições de privacidade para reuniões (...) com os assistentes espirituais ou religiosos, sem símbolos religiosos específicos de qualquer confissão religiosa.
- um ou mais locais de culto, em termos que garanta o acesso ao culto a todos os utentes, independentemente da sua confissão religiosas (...).

Um dos locais de culto referidos no número anterior é atribuído, em permanência, à Igreja Católica, e se tal for necessário partilhado por esta e outras confissões cristãs.(...)

Efetivamente, este regulamento vem substituir a organização prévia, designada de Capelania, por um serviço genérico de Assistência Espiritual. Ao longo do regulamento, o termo capelão é substituído por assistente espiritual, evitando, assim, habilmente, conotações com a Igreja Católica. Contudo, tendo em conta que apenas é garantida à Igreja Católica o livre exercício da assistência religiosa a pessoas internadas (Concordata 2004) e estando determinado a cedência de um local de culto, em permanência, a esta instituição religiosa, em todas as unidades de saúde com serviço de internamento do SNS (Artigo 10º, Decreto-Lei 253/2009), os AE contratados pelo SNS pertencem, atualmente, exclusivamente à Igreja Católica. Os AE de outros credos e religiões, quando solicitados a prestar assistência, fazem-no sem encargos para a unidade de saúde, logo sem remuneração.

Numa análise aos documentos emitidos pelo SAER após a sua fundação, é notório o realce dado a este diploma, como “uma mudança de paradigma”, no qual a assistência espiritual e religiosa nos hospitais se assume como um direito do doente e não das igrejas ou religiões. Os SAERs inserem-se numa organização a nível nacional, coordenada pela Igreja Católica, mas aberta a outras religiões: “Deste modo, o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (tradicionalmente designado de “Capelania”) fica aberto à multirreligiosidade, de acordo com as necessidades dos hospitais.(...) Neste sentido, a assistência católica deve desenvolver uma liderança tolerante, cordial e transparente; acolher os assistentes de outras religiões e integrá-los no SAER.” (Sampaio, *sine anno*)²¹.

²¹ Disponível em: www.mateus25.pt

Capítulo IV – Metodologia e Resultados

1. Da Psiquiatria à Antropologia – o método e as contingências

A Psiquiatria, como especialidade médica comprometida com o estudo das doenças mentais e do comportamento humano, enquadra-se numa epistemologia científico-biomédica, valorizando argumentos dedutivos e uma abordagem universalista. No que diz respeito à sua metodologia, a marcha diagnóstica em Psiquiatria é suportada em grande medida pela entrevista clínica e pela colheita da anamnese. Segundo Hans-Georg Gadamer, a Psiquiatria como arte médica, “mal toca os limites da ciência e vive da sua indissolúvel relação com a *praxis*” (Gadamer, 2009:177). Neste sentido, a Psiquiatria integra nos seus métodos, outras estratégias de atingir alguma forma de verdade e aproxima-se, de certa forma, das Ciências Sociais e Humanas.

A Antropologia, como ciência social implicada no estudo da cultura, privilegia uma abordagem naturalista da realidade, tomando como seu objeto o Homem e o seu ambiente natural/social/cultural e valorizando a perspectiva dos participantes na procura da compreensão das suas experiências subjetivas. Assume, assim, uma postura interpretativa e desenha as suas conclusões através de argumentos indutivos. Recorre a diferentes tipos de metodologias, assumindo como ferramenta principal de investigação a etnografia, que desempenha um papel protagonista na tentativa de imersão no terreno em estudo.

O distanciamento cultural entre o investigador e o objeto foi considerado como garantia de objetividade durante largas décadas na Antropologia. A publicação póstuma dos diários de Bronislaw Malinowski, em 1967, pôs a nu o utópico balanço entre a objetividade e a subjetividade contido no trabalho etnográfico, questionando como é construída a objetividade e qual o papel da subjetividade neste processo. Tradicionalmente, a experiência pessoal era exposta numa publicação independente ou remetida para capítulos introdutórios ou finais. A obra de James Clifford e George Marcus, *Writing Culture: the poetics and politics of Anthropology* (1986) marca esta viragem reflexiva na Antropologia, fazendo repensar o alcance da etnografia e promovendo a consciencialização dos fatores contingentes à

observação, como a história e a linguagem. Atualmente, o espaço discursivo do trabalho etnográfico acomoda a narrativa pessoal e a subjetividade é valorizada na tentativa da compreensão da realidade.

Também a Psiquiatria foi obrigada a uma profunda reflexão sobre a sua prática e o seu alcance, nos anos 70 do século passado, muito em parte graças a trabalhos de autores como Michel Foucault ou Ian Hacking. A análise da evolução histórica da conceptualização da loucura e da tentativa de a acomodar na sociedade permite compreender o nascimento da Psiquiatria e como esta é permeável às grandes narrativas e fatores socioculturais. Movimentos como a Psiquiatria Transcultural na América do Norte e a Etnopsiquiatria em França, profundamente inspiradas pela Antropologia, assumem uma abordagem mais flexível e holística da doença mental, defendendo mesmo a integração da etnografia como metodologia de investigação.

A análise que a Antropologia e a Psiquiatria fazem dos seus objetos de estudo, não lhes é apresentada como um todo, mas sim como uma narrativa fragmentada, que implica uma tentativa de completação. A compreensão é sempre uma interpretação, e neste caso, uma construção intersubjetiva, suportada pelo encontro entre o observador e o observado. É uma ilusão considerar o sujeito capaz de se emancipar dos condicionamentos históricos, temporais e hermenêuticos e descobrir verdades fundamentais. A Fenomenologia de Karl Jaspers, profundamente influente no seio da Psiquiatria, defende, tal como Edmund Husserl, a redução fenomenológica ou a suspensão da atitude natural, isto é, a rejeição de todos os preconceitos e pressupostos filosóficos, teóricos e religiosos que possam contaminar a compreensão dos fenómenos (Pio de Abreu, 2011:20). Parece, assim, haver uma tentativa de despreendimento para com a mentalidade comum no momento da descrição psicopatológica, contudo, a possibilidade de empreender tal tarefa, é questionável. Neste aspeto, uma crítica hermenêutica à abordagem fenomenológica psiquiátrica revela-se crucial. A interpretação não começa do zero, pelo contrário, começa num movimento de antecipação próprio do ser, marcado por uma pré-compreensão do todo, que permite a compreensão das partes e que, por fim, leva ao sentido do todo. Ambas as disciplinas exigem uma reflexão crítica sobre a sua prática e uma análise do círculo hermenêutico a que estão confinadas.

Mas, tal como num jogo de espelhos, a interpretação da interpretação, corre o risco de resultar numa trama labiríntica, refém de um relativismo frívolo e inútil tanto para a prática clínica como para a antropológica. Uma abordagem compreensiva, ciente do seu carácter

interpretativo e dos seus condicionamentos histórico-linguísticos, necessariamente comprometida com a realidade prática, tem de pretender alcançar alguma forma (possível) de verdade. Esta sedução pelo relativo é crítica frequentemente à Antropologia. A Psiquiatria, por seu turno, é acusada rotineiramente do oposto, de absolutismo e do não-reconhecimento dos seus limites.

Considero que o etnógrafo, e o psiquiatra, devem conduzir a sua investigação com redobrada atenção aos efeitos da sua própria posição, das suas estruturas internas e como elas podem distorcer a sua observação. No presente estudo, na participação em rituais e práticas religiosas são chamadas à reflexão as crenças e visões do mundo dos intervenientes, incluindo, claro está, do próprio observador. Apesar de reconhecer o inegável legado cristão católico na minha cultura, educação e visão do mundo, refuto qualquer conceptualização de uma entidade sobrenatural antropomórfica. Não participo em rituais religioso, para além dos socialmente convencionados, nos quais me abstenho de alinhar em gestões ou orações. A ambivalência entre a tentativa de distanciamento do objeto de estudo e por outro lado o contágio inevitável da imersão, levou-me a integrar alguns gestos e palavras na minha participação nos rituais, talvez na fantasia que a imitação me facilitasse o acesso. Frequentemente fui questionada relativamente às minhas crenças e convicções religiosas, tendo optado por uma resposta que reforçasse a autodeterminação religiosa de cada um.

Para além desta tensão imersão-distanciamento, também tive oportunidade de refletir sobre as relações de poder que se vão estabelecendo ao longo do trabalho de campo. A relação entre o observador e o terreno é, de certa forma, de natureza exploratória e desigual. O observado, que é na realidade o perito na temática em estudo, transforma-se em objeto; e o observador, que é fundamentalmente um visitante, dirige a exploração do terreno e detém a autoridade de se pronunciar sobre ele. Os interesses do observador, condicionados pela sua biologia, cultura e formação, conduzem o caminho da investigação, que podem, ou não, corresponder aos aspetos considerados mais relevantes pelo observado. Neste trabalho, esta relação de poder, já por si só assimétrica, mais se agravou devido às óbvias contingências relacionadas com a minha atividade profissional no local. A realização de um trabalho etnográfico no hospital onde desempenho funções clínicas há 4 anos, revestiu-se de particularidades específicas, que merecem consideração. Propositadamente, decidi iniciar a abordagem ao terreno estabelecendo contactos com o capelão alocado ao CHPL – o Padre J. Marques e com o Coordenador do SAER - o Padre F. Sampaio. Como médica neste hospital, doente estaria numa posição mais acessível do que o capelão, mas esta decisão prendeu-se, essencialmente,

com questões metodológicas implícitas no desejo de distanciamento desse papel, e no reconhecimento da importância em assumir um outro olhar, fundamentalmente não clínico, sobre o doente e a instituição. Contudo, a hibridez observadora-médica instalou-se de uma forma impossível de ignorar. Durante o período de trabalho de campo, estive alocada, como parte da minha formação específica, ao Serviço de Reabilitação e Residentes, contactando diariamente com os doentes mais participativos nos rituais religiosos no hospital. Nada me pareceu mais natural, e proveitoso, do que assumir as funções de médica e observadora participante, simultaneamente. Desde o momento em que abracei este projeto, tornei-me mais atenta a todas as manifestações do religioso dentro das portas do hospital, durante minha prática clínica em geral, mesmo quando não estava formalmente em trabalho de campo. Considero que o desempenho deste papel híbrido foi vantajoso na imersão no terreno. Em primeiro lugar, o meu ingresso no campo de estudo foi facilitado pela familiaridade preexistente, quer com as infraestruturas, quer com alguns dos intervenientes: médicos, enfermeiros, auxiliares e doentes. A minha presença junto dos doentes não era questionada, mas sim normal e esperada. Em segundo lugar, e de uma forma mais reveladora, o olhar clínico em simbiose com o olhar antropológico permitiu uma conceptualização mais rica daquilo que é observado. As alterações da forma e do conteúdo do pensamento, bem como as alterações sensório-percetivas e do humor, quando presentes, penetram inusitadamente no discurso e comportamento. A formação médica em Psiquiatria assegura, indubitavelmente, um melhor entendimento dessa realidade.

Na Psiquiatria, a entrevista clínica é ferramenta absolutamente indispensável à *praxis*, não só pelas suas implicações no diagnóstico, mas também pelo seu próprio poder terapêutico. Esta dimensão prática, crucial para o sucesso do trabalho psiquiátrico, é transmitida através de ensinamentos estruturados, visando a análise de uma série de parâmetros do exame de estado mental. Mas, para se proceder a esta observação sistemática, é necessário primeiro criar uma atmosfera propícia à revelação. O encontro de um espaço comum com o Outro através da palavra, do silêncio, dos gestos e olhares é, na realidade, algo passível de ser treinado e exercitado. Esta técnica de estar com o Outro revelou-se útil no trabalho de campo do presente estudo, não só nas entrevistas semiestruturadas realizadas, como também no trabalho etnográfico. Outra estratégia à qual recorri, e que advém da minha prática como médica, diz respeito à estrutura dos registos efetuados. Já tendo assumido que a interpretação passa sempre por uma fase de pré-compreensão que influencia todo o processo, neste trabalho recorri frequentemente à transcrição em discurso direto na apresentação dos resultados. Esta

técnica, utilizada na elaboração dos registos clínicos, pretende preservar os dados originais e evitar leituras demasiado extrapolativas, que distorçam e alterem radicalmente os significados.

2. Desenho do estudo e metodologia

Ao longo de um ano, com início em Junho de 2014 e término em Julho de 2015, foram acompanhadas as manifestações religiosas católicas dirigidas aos doentes e funcionários do HJM, levados a cabo pelo capelão²² ou atividades de referência religiosa organizadas por técnicos de saúde. Numa tentativa de aumentar a validade interna dos resultados obtidos e promover a sua generalização, foram utilizadas diferentes metodologias. A observação participante de rituais religiosos foi calibrada através de entrevistas individuais e de grupo semiestruturadas a elementos-chave. As entrevistas foram realizadas aos vários intervenientes desta complexa equação. A perspetiva individual dos doentes, como população alvo de análise, foi cruzada pelas narrativas, quer da Igreja Católica, através dos capelães, quer do Hospital, através do médico e administrador.

Nestas circunstâncias, foi possível seguir o capelão no desempenho das suas funções, no que diz respeito à realização de cerimónias religiosas católicas, semanalmente aos domingos, na capela e no serviço 21C, durante o período referido. Além disso, integrei a visita ao Santuário de Fátima, evento inserido no Projeto Anual de Atividades Externas ao hospital.

Foram efetuadas entrevistas semiestruturadas individuais a 3 doentes, 2 capelães, 1 médico e à Presidente do Conselho de Administração do CHPL, com a duração média de 40 minutos cada. Foi ainda levada a cabo uma entrevista de grupo, que contou com a participação de 18 doentes.

A colheita de dados deste estudo obedeceu às normas da Direção Geral de Saúde, no que diz respeito ao consentimento livre e informado.

²² Capelão, ou segundo a nova legislação: assistente espiritual. Opta-se por manter a nomenclatura de capelão, pois é esta a designação vigente na documentação do HJM.

3. Resultados

3.1 A Igreja Católica no Hospital Júlio de Matos

De seguida, proceder-se-á à análise do espaço de culto no HJM (capela hospitalar), das funções desempenhadas pelo capelão e dos rituais religiosos levados a cabo neste contexto.

3.1.1 O Local de Culto: a capela²³

Graças ao legado deixado em testamento por António Salgado d'Araújo foi possível garantir a construção do HJM, o primeiro hospital psiquiátrico construído de raiz, na área da grande Lisboa, com fundos privados e públicos. A sua inauguração ocorreu em Abril de 1942, após um prolongado período de construção de 30 anos, pautado por múltiplos atrasos devido a instabilidade governativa e dificuldades económicas decorrentes da guerra.

A capela do HJM foi construída aquando da construção do próprio hospital. Também designada por Pavilhão 32, é uma pequena e modesta casa térrea, de cor rosa como os restantes edifícios do hospital. As janelas têm grades brancas, com pequenos crucifixos pintados a vermelho. Uma grande cruz branca adorna o telhado, junto a porta de entrada.



Ilustrações 2 – Exterior da capela

²³ Capela, ou segundo a nova legislação: local de culto. Opta-se por manter a nomenclatura de capela, pois é esta a designação vigente na documentação do HJM.

A capela localiza-se nas traseiras do hospital, junto à saída, partilhando o espaço com a Casa Mortuária. Apesar de ser inevitável passar por ela, para quem entre de veículo motorizado no hospital, a capela é um edifício discreto, que facilmente passa despercebido a um olhar menos atento.

As portas estão habitualmente fechadas e trancadas, exceto nas manhãs de domingo, que se abrem para a celebração da missa. Um papel afixado à entrada transcreve um excerto da Carta dos Direitos do Doente:

“O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais e religiosas (...) Considerando que cada doente é um indivíduo com as suas convicções próprias e valores culturais e religiosos, forçoso se torna que as instituições prestadoras de saúde respeitem e providenciem a sua satisfação (...)”

E mais acresce:

“ É neste espírito que existe este serviço (Capelania). O capelão, Padre Jorge Marques (Franciscano) visita regularmente todos os serviços deste hospital. Para informações, atendimento pessoal ou serviço religioso urgente pode ser contactado pelo telemóvel X.

MISSAS:

Domingos, 11 horas, na Capela do CHPL e 12 horas no Serviço 21C.”

O edifício é composto pela sala de celebrações, um escritório, lavabos e dois arrumos, comunicando por uma porta com a Casa Mortuária. Na parede do altar encontra-se a imagem de Jesus Cristo crucificado, ladeado à esquerda por uma estátua do Sagrado Coração de Jesus Cristo, e à direita por Nossa Senhora. Nessa mesma parede encontra-se também o sacrário, local onde são depositadas as hóstias, já consagradas na missa.

O altar, de pedra clara, disposto em frente à entrada principal, está coberto por uma toalha de linho branca, sobre a qual estão pousados os objetos sagrados, como o cálice, a âmbula, a patena, uma vela e ainda o missal e o lecionário. No chão, é possível vislumbrar um aquecedor a óleo e um rádio.

Pequenas cruces enfeitam as paredes. Os bancos, corridos de madeira, naturalmente voltados para o altar, são quatro de cada lado do corredor principal. Duas pias batismais suspensas estão colocadas próximo da porta de entrada. Estão vazias. O ambiente é simples, modesto e frio.



Ilustração 3 - Interior da capela

Num canto encontra-se uma recente aquisição: uma estátua de São João de Deus. Graças ao esforço do capelão, foi possível recuperá-la do espólio do Hospital Miguel Bombarda. Planeia-se colocá-la no jardim, defronte da capela, em homenagem a este Santo cuja obra caritativa marcou, e continua a marcar, a atividade assistencial ao doente psiquiátrico.



Ilustração 4 - Estátua de São João de Deus

A capela do HJM apresenta uma presença discreta e sóbria, numa localização algo secundária e marginal, partilhando o espaço com a Casa Mortuária. Vale a pena tecer um breve comentário relativamente a outra capela hospitalar do Sistema Nacional de Saúde, a capela do Hospital de Santa Maria, pelas marcadas diferenças apresentadas. O Hospital de Santa Maria, hospital polivalente inaugurado em 1953, possui uma capela ampla, num local nobre, justamente no seu âmago: na prumada central, no 4º piso, imediatamente à frente do Conselho de Administração. É uma capela aberta durante os dias úteis, das 9h às 19h, a cargo de 4 capelães, que se dividem entre o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente (Centro Hospitalar Lisboa Norte), sendo que está sempre um capelão disponível durante o dia e contactável durante a noite em caso de urgências. É aqui que está sediado o SAER e alocado o seu coordenador, o Padre F. Sampaio.

3.1.2 O Assistente Espiritual: o capelão

O Assistente Espiritual, como designado no RAER do SNS (anexo do Decreto-Lei nº 253/2009 de 23 de Setembro), é um “ministro de culto ou outra pessoa idónea que tenha sido indicada para prestar assistência por uma igreja ou comunidade religiosa inscrita no registo de pessoas coletivas religiosas.”

No HJM, estas funções são desempenhadas pelo Padre J. Marques, padre franciscano que iniciou o seu trabalho como assistente espiritual pela primeira vez em Março de 2014, neste mesmo hospital. Foi celebrado um contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, de 17,5h/semanais. O seu horário é flexível e não está sujeito ao registo biométrico como os restantes funcionários hospitalares.

O capelão desenvolve a sua atividade assistencial, semanalmente na capela e no Serviço 21C aos domingos, deslocando-se aos outros serviços pontualmente, quando é requisitada a sua presença. Está encarregue, também, de realizar as cerimónias fúnebres dos doentes cujas famílias assim o desejem, ou, como em muitos casos, de doentes crónicos sem familiares conhecidos. Paralelamente, o Padre J. Marques foi nomeado, este ano, pelo Conselho de Administração do HJM (CHPL), para integrar a Comissão de Humanização e Qualidade.

O padre descreve as cerimónias realizadas no HJM como “simplificadas, como que para crianças”, mostrando alguma relutância em designá-las como “missas”, preferindo chamá-las de “cerimónias”. Mantém uma postura sempre recetiva e flexível em relação aos doentes que participam nas celebrações e sublinha a necessidade de orientar o seu trabalho no hospital pelos “princípios da espiritualidade positiva”, estimulando “sentimentos de esperança, fé e caridade”, invés da designada “espiritualidade negativa”, pautada pelo medo, punição e castigo. A doença é encarada como uma “fragilidade do homem” e nunca como um castigo. De acordo com orientações gerais dos antigos serviços de capelania, todos os doentes que desejem, podem comungar, independentemente de terem realizado confissão prévia ou não.

3.1.3 Os Rituais

A celebração da missa decorre semanalmente, aos domingos, pelas 11h na capela e de seguida no Serviço 21C. Cada celebração tem em média a duração de 20 minutos.

A primeira cerimónia tem como público alvo, forçosamente, os doentes com capacidade de se deslocarem à capela. Regra geral, esta condição restringe o público a doentes autónomos,

internados em serviços de residentes (de porta aberta) ou serviços de reabilitação. Pontualmente, estão presentes doentes internados em serviços de agudos, quando acompanhados por um auxiliar de ação médica ou enfermeiro.

O capelão surge dos seus aposentos, já vestido de batina. Cumprimenta quem já se encontra dentro da capela e dá início aos preparos para a celebração. Coloca o cálice e a bandeja sobre o altar, certificando-se de que a bíblia e o lecionário estão nas suas posições. Procura neste último a leitura estipulada para o dia presente. Encara de frente a audiência, abre os braços, e saudando a audiência, dá as boas vindas à casa do Senhor. De seguida, benze-se, incentivando os restantes a acompanhá-lo: “Em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo. Ámen.”

Normalmente é feita imediatamente uma referência à data atual, como que numa tentativa de garantir a orientação no tempo e no espaço dos presentes. A primeira parte da cerimónia é composta pela leitura de um breve trecho bíblico ou do lecionário, que serve de plataforma para estabelecer paralelismos com a vida humana, como a transcrita de seguida:

“Propôs-lhes outra parábola, dizendo: O reino dos céus é semelhante ao homem que semeia a boa semente no seu campo; Mas, dormindo os homens, veio o seu inimigo, e semeou joio no meio do trigo, e retirou-se. E, quando a erva cresceu e frutificou, apareceu também o joio. E os servos do pai de família, indo ter com ele, disseram-lhe: Senhor, não semeaste tu, no teu campo, boa semente? Por que tem, então, joio? E ele lhes disse: um inimigo é quem fez isso. E os servos lhe disseram: Queres pois que vamos arrancá-lo? Ele, porém, lhes disse: Não; para que, ao colher o joio, não arranqueis também o trigo com ele. Deixai crescer ambos juntos até à ceifa; e, por ocasião da ceifa, direi aos ceifeiros: Colhei primeiro o joio, e atai-o em molhos para o queimar; mas, o trigo, juntai-o no meu celeiro.”

Mateus 13:24-30

A parábola do trigo e do joio serve de pretexto para incentivar os presentes à “realização de boas obras, segundo os desígnios de Deus”, o que se traduz concretamente na participação nos rituais religiosos e no assumir de uma postura de “fazer o bem e ver Deus no Outro”, apelando a sentimentos genéricos de caridade e solidariedade. Esta mensagem doutrinal traduz a designada espiritualidade positiva, referida pelo capelão e corroborada pelo coordenador do SAER (ver pág. 62), na qual são reforçados sentimentos de esperança, bondade, caridade, compaixão e até resignação, em detrimento de sentimentos de culpa, medo e punição.

A celebração prossegue, com grande dinamismo por parte dos participantes que frequentemente interagem, colocando questões e respondendo ao que lhes é perguntado, conversando e por vezes também desconversando. O capelão, com tranquilidade e destreza, não deixa de responder, e frequentemente vê-se obrigado a redirecionar a temática do diálogo, procurando manter-se fiel ao tópico estabelecido no início da cerimónia.

O momento da consagração da hóstia e a subsequente comunhão, constituem os eventos cruciais da celebração. O silêncio naturalmente se instala, em antecipação ao mistério da transubstanciação, ao mistério da fé, contrastando com a agitação prévia e posterior. Todos os presentes, que desejem, podem comungar, e regra geral, todos o fazem. A solenidade deste momento parece impermeável à descontração que se sente fora dele, e constitui, sem dúvida, a comprovação que estamos perante uma missa.

Finda esta tarefa, poucas palavras faltam para o término. “Ide em paz e o Senhor vos acompanhe.” A formalidade do momento é diluída e lentamente os participantes despedem-se e iniciam o seu percurso de volta ao respetivo pavilhão. Alguns permanecem, trocando impressões ou sondando a disponibilidade do capelão em oferecer um terço ou uma bíblia. Efetivamente, vários doentes usam um terço (normalmente fluorescente) ao peito, oferecido pela capela. Não raramente, este momento final, é aproveitado para a utilização dos lavabos da capela.



O capelão de seguida, despe a batina, dobra-a cuidadosamente, colocando-a num saco de papel, juntamente com a âmbula e a bíblia. Dirige-se, a pé, para o Serviço 21C, percurso de cerca de 300 metros, pelo interior do Parque de Saúde de Lisboa. O Serviço 21C é um serviço de porta fechada, sendo necessária permissão para nele ingressar. É um serviço de doentes residentes, com patologia psiquiátrica grave, de longa evolução, a esmagadora maioria com défices cognitivos marcados e múltiplas comorbilidades médicas, que condicionam, regra geral, uma mobilidade diminuída, encontrando-se vários doentes acamados. Reina, assim, um ambiente pesado, onde os doentes estabelecem pouca vida de relação, sendo que muitos têm as capacidades linguísticas gravemente comprometida. A escolha deste serviço para a celebração da segunda missa já vem desde há vários anos, justificada pelas características dos doentes atrás mencionadas, tendo em conta a impossibilidade permanente destes se deslocarem à capela.

Funcionários e doentes aguardam a chegada do capelão. A missa celebra-se na sala de convívio, uma ampla sala, rodeada de cadeirões e cadeiras, onde se encontram já alguns doentes. Uma mesa larga está, estrategicamente, colocada ao fundo da sala por baixo da televisão, o local para onde converge todo o espaço e o olhar dos que estão acordados. A televisão está inevitavelmente ligada, muitas vezes a transmitir em direto a missa da TVI.

O capelão prepara o cenário. A televisão é desligada. Sobre a mesa é colocada uma toalha de linho, com o debruado HMB (Hospital Miguel Bombarda), ainda restos do espólio do defunto hospital. O capelão dispõe sobre a mesa a âmbula e a bíblia. Uma vela, que está guardada ao lado da televisão, é transportada para cima da mesa e acesa. Mais doentes chegam. Uns pelo seu próprio pé, lentamente, apoiados por bengalas e andarilhos. Outros em cadeiras de rodas, empurrados por funcionários. O padre cumprimenta todos os participantes com vivacidade e aparente afeto. Está tudo a postos para começar.

A cerimónia inicia-se com o mesmo texto ou comentário referente ao dia atual. Aqui, poucos doentes respondem, e raros estão orientados no tempo (ou até no espaço). Também aqui se recorre a um pequeno texto bíblico ou do lecionário, normalmente utilizado na cerimónia prévia, mas a interação através do diálogo aqui é nula. Mais recentemente, o padre comentou comigo a necessidade de encontrar estratégias de dinamização desta cerimónia e posteriormente adotou a música como uma forma de estimulação dos participantes. Uma música simples, de fácil entoação, que alguns doentes tentam imitar, poucos com sucesso, mas a maioria com visível prazer só na audição:

“Em nome do pai,
Em nome do filho,
Em nome do Espírito Santo,
Estamos aqui.”

O mistério da fé e a comunhão são, aqui também, o clímax do evento. Todos os doentes presentes, sem exceção, comungam. Os técnicos não. Alguns recebem a hóstia sagrada na mão, outros diretamente na língua húmida que sai ávida de cada boca. As hóstias revolvem-se nas bocas abertas, como que lutando por manter a integridade. A atenção de cada um parece que se foca na dissolução do pão contra o céu da boca, enquanto se instala um breve momento de calma.

Antes de terminar a cerimónia, o padre é guiado pelos corredores da enfermaria até aos quartos onde se encontram os doentes acamados, regra geral mais debilitados e cognitivamente deficitários. A comunhão é dada no leito²⁴. É inevitável encontrar aqui um paralelismo entre o gesto de comunhão e a toma de terapêutica oral, pois ambos os procedimentos se inserem no domínio do cuidar e implicam a ingestão de substâncias. Alguns doentes é com grande satisfação que recebem o capelão, outros com indiferença, subsistindo a dúvida se realmente compreendem o que se passa. Confrontado com este facto, o capelão responde: “tenho consciência que alguns não percebem o que se passa (quando recebem o corpo de Cristo) e pensam que estão a receber, sei lá, uma bolacha. Mas não faz mal. É só farinha, mal não faz.”

Finda a celebração, o capelão despede-se individualmente de cada participante e regressa à capela, onde guarda toda a parafernália.

3.2 Vinhetas Clínicas - Narrativas dos doentes

A tentativa de compreensão da subjetividade da experiência religiosa exige, naturalmente, a análise da narrativa do doente que a pratica, de forma ativa, em contexto hospitalar. Os testemunhos foram colhidos não só através das entrevistas individuais²⁵ como também da observação participante realizada nas cerimónias religiosas e no contacto diário da enfermaria.

São aqui transcritos excertos comentados das entrevistas realizadas a três doentes internados, que participam habitualmente em rituais religiosos dentro do hospital. Os dados obtidos são apresentados sob a forma de vinhetas, de modo a enquadrar clínica e socialmente o caso.

²⁴ Assisti a um episódio caricato, numa destas sessões de comunhão no leito. Uma doente idosa, acamada num quarto sozinha, recusou a hóstia, mas pedia insistentemente um cigarro ao capelão. Este respondia que não tinha, que não fumava. À terceira tentativa, de forma decidida, o capelão encerra o assunto, responde-lhe com a âmbula nos braços: “Não tenho cigarros, tenho apenas Jesus Cristo, se quiser”.

²⁵ Inspiradas no modelo de entrevista de Huguelet e Koenig (2009) (Anexo C).

3.2.1 Vinheta 1 – A Tábua de Salvação

J. tem 30 anos, é natural de Lisboa, tem um irmão gêmeo, é solteira, sem filhos, tem o 12º ano de escolaridade. A mãe suicidou-se quando a doente tinha 14 anos, evento ao qual J. assistiu. O pai sempre trabalhou fora de Portugal, situação que obriga a longas ausências do país. J. viveu com a avó materna e o irmão até aos 24 anos, altura em que passou a residir num quarto alugado. Nunca manteve uma atividade laboral estável.

É seguida em Psiquiatria desde os seus 23 anos, com necessidade de internamento nessa altura e também aos 26 anos, a partir do qual permaneceu institucionalizada no HJM no Serviço de Reabilitação. Tem atualmente o diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, apresentando por vezes marcadas alterações do humor, que já motivaram uma tentativa de suicídio grave, por imolação. A sintomatologia afetiva foi objetivada sempre em sobreposição à sintomatologia psicótica de base, neste caso em particular, ideação delirante de conteúdo persecutório e autorreferência. Está polimedicada, com terapêutica psicofarmacológica oral e injetável, mantendo, ainda assim, sintomatologia residual.

O ambiente familiar e social de J. é frágil e pouco estruturado: mãe falecida e pai ausente por longos períodos. O irmão gêmeo de J. tem um relacionamento distante/conflituoso com esta. O elemento familiar fundamental na vida de J. era a sua avó materna, que faleceu há dois anos. Não existe, assim, nenhum membro da família que assuma um papel participativo e colaborante ativo no projeto terapêutico de J.. A instabilidade clínica do quadro, os défices executivos e funcionais de J., aliados à ausência de suporte familiar e social, impediu, e continua a impedir, a planificação de um projeto reabilitativo, para esta doente, na comunidade.

J. assume-se como “religiosa” e praticante até a adolescência, altura que deixou de participar nas celebrações: “Sou batizada, tenho até à profissão de fé. Andava na catequese, ia à missa...andava nos escuteiros. Por causa da morte da minha mãe afastei-me. Foi o desgosto. Tinha 14 anos.” J. refere que continuou a ir, esporadicamente, à Igreja de S. João de Deus, em Alvalade, mas deixou de ir de uma forma regular como antes o fazia, quando acompanhava a mãe ou a avó. Começou a frequentar as celebrações religiosas semanais no HJM no início de 2015 - refere ter tomado conhecimento sobre esta missa através de outros doentes.

J. verbaliza sentimentos de bem-estar e conforto relacionados com as celebrações religiosas, que se mantêm na vida diária, como uma fonte de “ajuda para as dificuldades”. A religião é descrita pela doente como uma “tábua de salvação” e parece assumir essencialmente uma dimensão contentora e estruturante da realidade, não só na doença mas na vida em geral.

(O que sente na capela?) “Sinto paz.”

(O que faz a religião?) “É uma tábua de salvação.” (Como assim?) “Acho que fico mais disponível para os outros. Ajuda-me nos medos.” (Que medos?) “Tenho medo da morte, sei que há vida depois da morte, mas eu gosto de viver.” (Tem medo de Deus?) “Não tenho medo de Deus, tenho medo dos Homens.”

(Reza habitualmente?) “Às vezes.” (Em que situações) “Rezo quando me sinto impotente.” (Como assim?) “Mais perdida ou ansiosa.” (O que reza?) “Rezo um Pai Nosso.” (E o que acontece?) “Melhor. Adoro a Nossa Senhora de Fátima.”

(Comunga?) “No outro dia não comunguei por causa dos meus pecados.” (Confessa-se?) “Confesso-me a Deus, não ao padre.” (Fala com Deus?) “Sinto alguém a falar comigo.” (Ouve a voz de Deus?) “Não sei se é Deus.” (Já ouviu vozes no passado?) “Pois. Eu sei fazer a diferença, já não entro em pânico.”

(O que faz a religião na doença?) “Na doença não sei o que faz. Não é uma forma de tratamento. É mais do que a medicação.” (Como assim?) “Dá-me confiança. É como eu disse, é uma tábua de salvação.”



Ilustração 5 - J. com o seu terço na mão

3.2.2 Vinheta 2 – Deus Natureza

J.P. tem 52 anos, é natural da Covilhã, vive em Lisboa desde os seus 4 anos, tem um irmão e uma irmã (falecida, doença neoplásica), é solteiro, não tem filhos. É seguido em Psiquiatria desde os seus 20 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Institucionalizado em 2000, altura em que o pai com provável Alcoolismo, faleceu. Permaneceu no Hospital Miguel Bombarda até 2010, data do seu encerramento, sendo posteriormente transferido para o HJM, onde permanece até à data atual. O irmão é o único familiar com quem mantém contacto e do qual recebe visitas pontuais. J.P. deseja ir viver com o irmão para a Covilhã, mas tal não foi possível até ao momento, por falta de disponibilidade deste último.

Na data da entrevista, J.P. apresentava-se com moderada agitação psicomotora, o que dificultou a realização e orientação da mesma. Contudo, mostrou-se colaborante, respondendo a todas as questões colocadas. O discurso era espontâneo e fluente, de débito aumentado, digressivo, mas passível de ser interrompido. O pensamento estava desorganizado, esboçando afrouxamento das associações e prováveis memórias/interpretações delirantes. Não apurei alterações sensório-percetivas, do humor ou da expressão emocional.

Após explicar o âmbito da entrevista e garantir a confidencialidade das informações colhidas, J.P. inicia imediatamente o discurso sobre a sua perspetiva da espiritualidade/religiosidade: “Os bens que nós consumimos, o Homem só pode aproveitar o que está na natureza: o mel, o leite, os vegetais, a carne. Está tudo na natureza e o Homem só tem de apanhar. Foi Deus que fez. A natureza é um Deus. Eu acredito em Deus de forma ateia (...) Noutras alturas não havia médicos, eram curandeiros. Aquilo que eles punham nas ligaduras, os remédios que apanhavam, era da natureza, era de Deus, claro!”

Depreende-se, assim, que J.P. acredita num Deus não antropomórfico, integrado no mundo natural, numa visão quase animista. Contudo, e sem notar aparente contradição, J.P. diz ser “religioso católico”, sublinhando a distinção da religião católica das Testemunhas de Jeová, religião praticada pela sua mãe: “Sou batizado na religião católica. A minha mãe era testemunha de Jeová, a minha irmã era batizada pelos Jeovás. Têm de dar a dizima, lá se ia o ordenado do meu pai!(...) No Miguel Bombarda dávamos esmola ao padre no final da missa, depois não pagávamos nada para ir a Fátima. Era com esse dinheiro(...). A sociedade tem de saber viver em sociedade.”

(Reza habitualmente?) “Rezo antes de dormir, para adormecer. Ontem à noite desapareceu a minha pasta de dentes. O princípio da vida saudável é lavar os dentes. “

(O que faz a religião?) “Esta marca foi de nascença (mostra marca no antebraço esquerdo sugestiva de queimadura antiga). A minha mãe grávida, estava com um saco de água quente na barriga. Estava frio, geada, saraiva, depois o saco uterino rompeu-se e deu nisto. Conhece a lenda de São Lázaro? Estava envolto em ligadura, num túmulo. Jesus disse: «estás curado, podes-te ir embora.» A minha tia deu 7 voltas à igreja e eu fiquei curado.”

(Mas para si, o que faz por si a religião?) “A religião ajuda, concentra-me. Fico assim concentrado. «Senta-te! Concentra-te!» É um estado de espírito que já vem de longa data. Faço uma oração a Deus e controlo-me (...) Não chega a medicação, tenho que acreditar em qualquer coisa”

(A religião ajuda em que?) “Em termos financeiros não ajuda nada. Estou a juntar dinheiro para ir a praia no fim-de-semana. (Mas ajuda em que então?) Por exemplo, eu não sei nadar, Deus protege-me, Deus é o meu irmão, que vai comigo à praia.”

(O que faz a hóstia?) “Eu, para mim tem de ser assim, ponho sempre a minha mão. Não vou lambe a mão dele. Aquilo é uma porcaria. Sinto-me um bocado néscio, não sustenta nada, não tem substrato. Aquilo alimenta a alma, é para o espírito, fico mais calmo.”

Relativamente às cerimónias religiosas que decorrem no hospital: “Este padre é mais liberal do que o anterior. Deixa uma pessoa usar a casa-de-banho. O outro não deixava urinar na capela. E este deixa falar durante a missa. O outro era só «chiu!»”

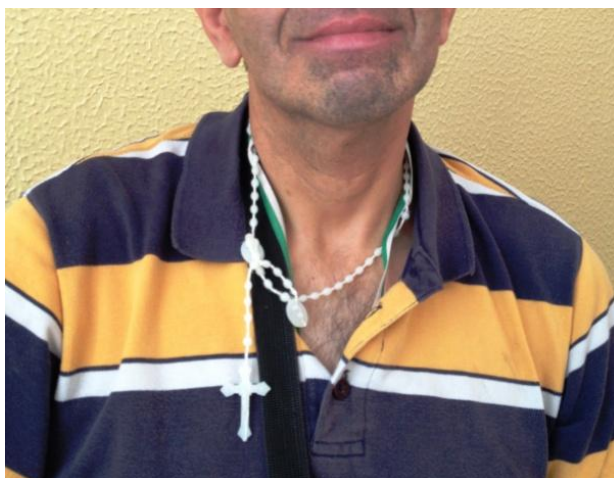


Ilustração 6 - J.P. no final da entrevista

3.2.3 Vinheta 3 – O espírito e o espiritismo

N. tem 37 anos, é natural de Lisboa, 2^a de uma fratria de dois, tem o 11^a ano de escolaridade, mas nunca trabalhou. É seguido em Psiquiatria desde os 22 anos, com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Desde essa altura esteve por 6 vezes internado em Serviço de Agudos de Psiquiatria. A mãe faleceu há 15 anos, sendo que N. viveu com o pai até Julho de 2014, altura em que este também faleceu. Aí, N. muda de residência e vem viver com o seu irmão mais velho. Em Fevereiro de 2015, por descompensação da doença de base, N. é internado no CHPL, onde permanece até à data. Encontra-se atualmente no Serviço de Reabilitação, frequenta a Área Cultural da Graça e a Terapia Ocupacional. Planeia terminar o ensino secundário, encontrar um emprego e viver autonomamente num futuro próximo.

N. apresenta crítica para o seu estado clínico passado e presente. Diz: “compreendo melhor a psicose atualmente”, admitindo “ainda tenho uma energia psicótica residual” (como assim?) “assim uma coisa que não sei explicar.” Fala abertamente sobre as ideias delirantes que teve durante os períodos de descompensação da doença de base. “Achava que era controlado pela Polícia Judiciária e por raios laser em casa... isso era impossível, não é? Era um delírio.”

N. assume-se como católico, mas diz: “tenho mais do que uma religião, gosto muito de santos e até espiritismo e candomblé.”

(Qual é a sua religião?) “Católica. Tenho o batismo, mas acho que só me converti verdadeiramente aos 24 anos. Gosto muito de santos, do S. Jorge que é o protetor dos inimigos. É o equivalente de Ogum no espiritismo. Acredito no espiritismo, acredito na vida depois da morte. Gosto muito de santos, anjos e arcanjos e até de astrologia.”

(Porque tem necessidade de recorrer ao espiritismo?) “Só, assim, para me completar completamente. Também gosto dos maniqueus.” (Maniqueus?) “Sim, todos contra as forças do mal, contra os demónios.” (Acredita em demónios?) “Sim.” (Acredita no inferno?) “Se há céu tem de haver inferno.”

N. parece recorrer a diferentes religiões e conceptualizações de espiritualidade, com grande suporte no sincretismo, para compor as suas próprias crenças e visão do mundo. O mundo espírita e as tradições do candomblé e da umbanda parecem estar inseridas de alguma forma

no seu mundo familiar, relatando N. um episódio em que, a pedido do pai, recorreu a um “bruxo para pedir ajuda para a minha doença”. “Disse-me que eu era um espírito elevado, um cofre aberto.” (Melhorou da doença?) “Não, acho que não. Nunca mais lá voltei. Era para rezar 3 terços, mas não fiz.”

N. frequentava habitualmente a Igreja do Rossio enquanto viveu com o pai. Desde que está internado, frequenta a capela do HJM. Diz ter tido conhecimento desta missa através de outros doentes. Justifica, da seguinte forma, o seu agrado com esta celebração: “é uma missa particular, tem pouca gente. As pessoas falam. Parece que o padre está a dizer uma missa só para nós, parece que é particular.” (O que faz a hóstia?) “A hóstia fortalece espiritualmente.”(Quando a toma?) “Sim, mas é uma curta paz, não dura muito tempo.”

(A doença é um castigo?)”Não! Nada disso. As doenças são coisas que sugam a vida...”

N. considera que a religião o ajuda na doença: “dá-me força, ajuda-me a equilibrar, é um escape para os nervos. Rezo os responsos a S. Jorge ou Santo António e fico logo melhor.” (Responsos?) “Sim, responsos. São orações que se fazem a certos santos, a pedir ajuda. É um sistema de feedback, resposta positiva. Rezo os responso e o Pai Nosso pela manhã.” (Como é o responso a S. Jorge?)

“S. Jorge, santo-guerreiro,
Das batalhas padroeiro,
Protetor dos corações:
Livrai-me dos maus olhados
E dos vizinhos malvados
Que são piores que dragões! ...
Dai-me S. Jorge, a esperança
De esmagar com vossa lança.
O diabo que se lança.
A nossos pés soluçante,
A maldade e a pestilência.
Para eu chegar triunfante
Ao fim de minha existência
Cavaleiro da miragem,
Promete com devoção
A minha alma peregrina
Cumprir a minha oração:
Acender à vossa imagem,
Mesmo do vento aos açoites,
De dia e todas as noites

Piedosa lamparina”

“Nunca me confessei a um padre. Como Deus é omnipresente, ele sabe tudo o que se passa na cabeça.” (Fala com Deus?) “Não adianta falar com Deus, ele sabe tudo.” (Nunca confundiu estas ideias com delírios?) “Como assim?” (Com as ideias da PJ e dos raios laser?) “Não, por acaso não. Não sei explicar, mas são diferentes.”



Ilustração 7 - O colar de N.

3.3 Visita ao Santuário de Fátima

A visita ao Santuário de Fátima foi organizada pela equipa de enfermagem do Serviço de Reabilitação e Residentes, integrada no Projeto Anual de Atividades Externas destes doentes. Ocorreu a 19 de Maio de 2015, tendo nela participado 20 doentes: 16 pertencentes ao pavilhão 18 e 4 ao pavilhão 16; e 5 técnicos: dois médicos, um enfermeiro, uma auxiliar e uma educadora. Integrei a equipa técnica, naturalmente, como médica. Participar nesta atividade revelou-se mais uma oportunidade para investigar os participantes em situação, observando e interagindo com estes num âmbito inevitavelmente religioso, mas fora do hospital. Para além do interesse em examinar os comportamentos assumidos, neste contexto digamos atípico, também foi útil analisar o discurso elaborado sobre esta experiência, no momento e *à posteriori*.

A visita ao Santuário de Fátima é realizada há vários anos, habitualmente em articulação com o capelão do HJM. Nestas circunstâncias, era informado o Santuário de Fátima, que fornecia a alimentação e cedia uma capela para a celebração uma missa dirigida exclusivamente aos doentes. Esta visita costumava ser feita no Dia Mundial da Saúde Mental, em Outubro. No ano passado não foi realizada, e este ano, a pedido dos doentes, a equipa de enfermagem organizou, de forma independente da capela, esta atividade. O hospital forneceu o almoço, que habitualmente disponibiliza, mas neste dia especial sob forma de sandes e sumos de pacote, de modo a permitir a realização de um picnic. Na véspera, os doentes prepararam, com supervisão técnica, também alguns bolos e pão com chouriço. O transporte foi pago na totalidade pelos doentes, bem como qualquer despesa efetuada durante a visita.

A planificação da atividade foi feita pelos técnicos, com antecedência. Foi contactado o Museu de Cera, que confirmou a entrada gratuita a todos os participantes, mediante a apresentação de documento comprovativo do hospital. Planeou-se também a visita ao crematório, à Igreja da Santíssima Trindade, à lojas de lembranças e ao parque de merendas.

A hora estipulada de saída era às 9h00. O transporte, aguardava à porta do pavilhão 18, enquanto se ultimavam os preparativos. Casacos, chapéus e mochilas carregando água, comida e lenços eram distribuídos por todos os doentes. Alguns entravam na camioneta, para saírem logo de seguida – faltava a mochila ou o casaco, ou a última ida aos lavabos. Ainda antes de partir, era notória a ânsia pela comida. Apesar dos apelos dos técnicos, alguns doentes começaram imediatamente a comer o pequeno lanche individual, que transportam na sua mochila, quando ainda nem tínhamos abandonado o recinto do hospital.

A viagem decorreu sem intercorrências, com uma paragem na estação de serviço de Aveiras para café e vários cigarros. À chegada, dirigimo-nos imediatamente para o Museu de Cera. Este museu pretende recriar em 31 cenas a história das aparições de Fátima. A maioria não se deteve muito tempo na exposição, percorrendo, em passo acelerado, o percurso. Apesar da fraca correspondência com o real das figuras em exibição, os doentes verbalizaram dificuldade em conceptualizar o carácter figurativo do que estava à sua frente, verbalizando receio e desconforto:

R.: “Tive medo, do museu, do escuro...tive medo que o burro desse um coice.”

F.: “Tive medo do museu, parecia verdadeiro...”

De seguida, deslocámo-nos a pé para o Santuário, iniciando a visita no crematório. Todos os doentes, sem exceção, desejaram colocar uma ou mais velas a arder. Mais tarde, quando foi discutido o seu significado, verificaram-se respostas dispares. A maioria dos doentes relaciona a compra e queima da vela com um pedido ou um desejo relativo a alguém querido, mas dificilmente são elaborados os mecanismos através dos quais tal acontece:

I.: “Pus 4 velas, pedi ajuda a Nossa Senhora.” (Porque?) ... “Por mim, Enfermeira Céu e pela minha mãe.”

F.: “Comprei uma velinha pela filha da Enfermeira Céu.” (Porque?) “Porque ela tem problemas, tem uma doença. Também trouxe um santinho!”

S.: “Eu pus uma vela pagã.” (Como assim?) “Não pensei em nada!”

A.: “Comprei 4 velas.” (Porque?) Mãe e tia, que já morreram. Duas por Portugal e França. (O que faz a vela?) “Gasta dinheiro e deixa cera.”

A.: “Pus 3 velinhas, uma pela minha mãe, uma pelo meu pai e outra por mim.” (O que faz a vela?) “Ilumina.” (Como assim?) “Dá luz.”



Ilustrações 8 - O grupo no Santuário de Fátima

Durante toda a visita, inevitavelmente, foram feitas incontáveis pausas para cigarros. A esmagadora maioria dos doentes fuma, regularmente e de forma acentuada. A própria gestão dos cigarros muitas vezes é feita pela enfermagem, numa tentativa de melhor controlar o consumo, com pouco sucesso.



Ilustração 9 - Uma pausa

De forma algo surpreendente, o grupo entrou e permaneceu em silêncio na Igreja da Santíssima Trindade, seguindo à risca as instruções dadas pelos técnicos. Durante mais de 5 minutos, todos os participantes se mantiveram sentados, numa tranquilidade rara, induzida certamente pelo espaço e que contrastava com a agitação prévia e que depois se seguiu. Alguns participantes de olhos fechados, ajoelhados no chão. Outros sentados, observando ou simplesmente percorrendo com o olhar o moderno e dourado altar.



Ilustrações 10 - O grupo na Igreja da Santíssima Trindade

Antes do almoço, foi ainda proporcionada uma breve paragem num espaço comercial, de modo a permitir a compra de algumas lembranças. Terços fluorescentes, pulseiras e miniaturas de Nossa Senhora de Fátima foram avidamente compradas, a preço especial por “serem doentes”. O almoço, transportado em grandes caixas desde o hospital, foi servido no parque de merendas.



Na semana seguinte, no âmbito da Reunião Comunitária²⁶ que decorre habitualmente no pavilhão 18, tive oportunidade de dirigir a sessão e colocar algumas questões sobre a atividade acima descrita e explorar aspetos sobre a vivência da religiosidade de cada um. Estiveram presentes os 20 doentes aí residentes, bem como a enfermeira de turno.

Foi consensual uma apreciação positiva da visita ao Santuário de Fátima. O componente espiritual e religioso está presente de forma transversal nas justificações, mas é acompanhado por outros motivos, que assumem igual importância na explicação do apreço pela atividade:

R.: “O que gostei mais foi do lanche, do croissant com fiambre.” (O que tem esta visita de diferente de outras saídas do hospital?) “É a mesma coisa.”

M.: “Senti-me bem na capela, prazer, calma, espírito de calma. Também gostei do museu. Gostei muito, porque sou Cristão.” (O que tem esta visita de diferente de outras saídas do hospital?) “É um espiritismo, é um espírito.” (O que quer dizer com isso?) “Há um espírito bom e um espírito mau. Eu tenho um espírito bom, alias tão bom que me tiveram que tirar os cartões do multibanco, porque eu dava o dinheiro todo. (Como assim?) Comprava muitas coisas, comia e bebia tudo. Sou um espírito bom, de bom tom.”

A.: “O que gostei mais foi de comer.” (O que tem esta visita de diferente de outras saídas do hospital?) “É mais do que as outras visitas.” (Como assim?) “É mais completa do que as outras visitas.” (Mais completa?) “É mais harmonia.”

D.: “Adorei Fátima, senti-me lá bem, muito bem...senti-me, senti-me extasiado! Parecia que estava num sítio sagrado.”

C.: “Gostei muito.” (O que tem esta visita de diferente de outras saídas do hospital?) “É uma visita de fé.”

²⁶ Estas reuniões têm como objetivo discutir questões práticas do funcionamento do serviço e das atividades nas quais os doentes estão envolvidos. É importante mencionar que esta entrevista de grupo obedeceu às regras habituais da Reunião Comunitária, sendo pedido aos participantes para respeitarem o tempo de palavra de cada um. Devido a esta contingência, que se mostrou crucial para o sucesso da reunião, esta entrevista de grupo transformou-se quase numa série de entrevistas individuais, pois na realidade não foi estimulada a interação entre os participantes.

Os dados colhidos sugerem a presença de algumas ideias simples relacionadas com o significado de *ser religioso*, que é tomado frequentemente como equivalente de ser batizado. Todos os doentes se assumem como religiosos e dentro desta amostra, todos católicos. Nenhum destes doentes participa habitualmente na missa da capela hospitalar, sendo que apenas dois assistem a missas fora do hospital, em igrejas na proximidade do hospital, como a Igreja São João de Brito ou a Igreja do Campo Grande.

R.: (É religioso?) “Sou religioso, tenho a 1ª comunhão. (Vai à missa?) “Não vou à missa.”

C.: (É religioso?) “Sou de fé, mas não vou à missa.”

A.: (É religioso?) “Sou religioso, mas não vou à missa. Até me sinto mal, também não rezo. Não tenho tempo. Mas era importante ir.”

M: (É religioso?) “Sim, muito.” (Vai a missa?) “Vou à missa ali na Avenida da Igreja.” (Enfermeira: “O senhor vai à missa?! Não vai pedir dinheiro à porta?”) (risos do grupo, incluindo do próprio) “Vou cumprimentar as pessoas...”

F.: “Tenho Deus dentro de mim, (como assim?) sinto Deus. Não tenho medo de Deus porque tenho a 1ª comunhão, batismo e quaresma.”

A maioria dos doentes afirma que a religião ajuda na vida e na doença, mas não é possível aprofundar os mecanismos através dos quais os participantes julgam que tal aconteça.

R. “Nossa Senhora ajuda os doentes, os pobres...ela tem muitos poderes.” (Como?) “Foi Deus.” (Deus?) “Foi Deus que ensinou.”

I.: (A religião ajuda na doença?) “Ajuda.” (Como?) “Na esperança...na fé.”

M.: (A religião ajuda na doença?) “Ajuda muito na doença, a distrair na rua. O poder é as recordações.”

S.: “Nossa Senhora é a padroeira dos pobres e dos ricos, então ela rouba aos ricos para dar aos pobres?...Eu tenho medo disso! (Do que?) Que me mexam na conta do banco!” (M.: “Os padres é que fazem isso!”)

A.: (Quando tem a palavra começa imediatamente a rezar) “Pai nosso, que estais no céu...(O que quer dizer?) “Quero dizer que sei as orações...Se há inferno, os patrões vão para lá...” (Porque?) “Porque exploram os trabalhadores!...A Nossa Senhora matou os pastorinhos.”

A visita ao Santuário de Fátima apesar de ser considerada como uma visita de Fé, é na realidade encarada pelos doentes como uma atividade, digamos ocupacional, como outro passeio qualquer. Através da análise do discurso acima exposta, verifica-se a impregnação de conteúdos religiosos noutras temáticas discursivas. Estão presentes alterações do pensamento, com um predomínio do pensamento concreto, com dificuldades na abstração e alguma autorreferência. Estas ideias são parcialmente permeáveis à argumentação lógica e não condicionam repercussão na vida social. Parece que a religiosidade, neste caso, é um veículo para obter experiências fora do hospital.

3.4 Perspetiva médica

Foi entrevistada a Coordenadora do Serviço de Reabilitação e Residentes do HJM, a Dra. Ana Caixeiro, com o intuito de compreender, de uma perspetiva clínica, os constrangimentos e mais-valias da presença de uma capela em meio hospitalar. Este testemunho é naturalmente pessoal e apesar de não pretender ser representativo de toda a classe médica, constitui um valioso depoimento de alguém com experiência e responsabilidade clínica, na área da Reabilitação e cuidados continuados psiquiátricos.

A espiritualidade é encarada como uma liberdade pessoal, que por defeito pode ser vivida sem interferências em ambiente hospitalar. Até à data, não foram percecionadas ingerências da parte da capela hospitalar nos projetos terapêuticos delineados para os doentes residentes e em reabilitação. O capelão e a sua atividade é encarada com neutralidade, não se colocando quaisquer entraves à participação dos doentes nas cerimónias religiosas. A celebração decorrente no serviço 21C é herança de tempos passados, sendo impossível localizar no tempo a sua origem e as condições de tal decisão.

A integração da visita ao Santuário de Fátima no plano de atividades justifica-se pelas preferências dos doentes e pela relativa facilidade de organização e concretização de tal operação. Admite-se que o perfil dos técnicos condicione também tais decisões.

Vários doentes frequentam regularmente igrejas católicas e evangélicas, que recentemente proliferam em Alvalade, nas imediações do hospital, e relativamente a esses, também não são

detetados conflitos. A Dra. Ana Caixeiro, recorda-se apenas de uma situação que exigiu a intervenção da equipa técnica: a mãe de um doente, que nas reuniões familiares insistia em divulgar a sua fé pessoal, lendo passagens da bíblia e distribuindo panfletos, num ato de puro proselitismo.

As dificuldades, eventualmente sentidas, na distinção entre a doença e o normativo, no que concerne a temáticas espírito-religiosas são remetidas para uma análise individual, caso-a-caso, suportada por observações longitudinais. A sintomatologia psicótica de conteúdo místico é encarada como patológica de base, e contingentemente penetrada por temas religiosos ou outros.

3.5 Posicionamentos oficiais

3.5.1 Coordenação do SAER

“O que quer uma Psiquiatra de um Padre?”

Padre F. Sampaio, antes de iniciar a entrevista

O SAER é coordenado desde a sua fundação até à presente data, pelo Padre F. Sampaio, membro da Ordem de São Vicente de Paulo. Este exerce funções de capelania desde há cerca de 30 anos, tendo iniciado a sua carreira no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, onde após 9 anos de permanência, foi transferido para o Hospital de Santa Maria, acumulando mais tarde funções no HJM, durante 7 anos. Atualmente, desde 2009, para além de assumir a coordenação do SAER, é um dos 4 capelães que assegura a assistência religiosa no Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Vale a pena realçar que o Padre F. Sampaio tem como habilitações académicas, a licenciatura em Psicologia Clínica, Mestrado em Psicologia e Psicopatologia e Doutoramento em Teologia. Leciona a disciplina de Psicologia da Religião na Universidade Católica, e tem formação em Psicoterapias breves.

Para o Padre F. Sampaio, o entendimento da condição humana é definido consoante a cultura e a matriz religiosa de base. Expressa uma valorização absoluta, e expectável, do Cristianismo, considerando este o movimento fundador de uma nova conceptualização do Homem. A condição humana foi, assim, impregnada de valores morais, nomeadamente de dignidade, por inspiração de Deus e na tentativa de “olhar no outro a presença de Deus”.

Padre F. Sampaio, considera que durante o período iluminista, concretizado na Revolução Francesa, ocorreu uma apropriação da misericórdia e caridade cristã, vestindo-as com traços republicanos, e assim transformando-as em direitos humanos, ditos universais. Neste sentido, a própria Medicina Moderna nasce imbuída destes valores, que nas suas mais íntimas origens remetem para as fundações da religião cristã. A ética, como conjunto de valores e normas socialmente aceites, corre o risco de, sem Deus, se resumir a uma ética da maioria, perdendo o seu carácter absoluto e universal, que o entrevistado defende. Critica o otimismo científico e a valorização extremada do palpável, que transforma a ciência também numa questão quase de crença. Num breve comentário, relativamente ao recente retorno ao espiritual, com as novas tendências New Age que surgem desde os anos 70 do século passado, e que assumem contornos de quasi-estilos de vida, resume numa frase: “A Espiritualidade vem do Espírito Santo. Estas novas espiritualidades são religiões sem Deus, aliás opõe-se a religião. Espiritualidade sem religião é esoterismo. Religião sem espiritualidade é doença.”

O SAER, como serviço, está vocacionado para prestar apoio espiritual e religioso a doentes que por virtude de internamento em serviços de saúde, estejam impedidos de professar a sua religião. Desta forma, a conceptualização da doença à luz da religião católica é uma das questões mais pertinentes que importa discutir neste contexto.

É feita uma distinção entre a espiritualidade positiva e a espiritualidade negativa, sendo a primeira associada, de uma forma abstrata, aos conceitos de esperança, caridade e misericórdia; e a segunda ao castigo, punição e medo. De uma forma transversal, tanto nos documentos consultados, como nas narrativas obtidas através das entrevistas aos capelães, é sublinhado em absoluto a espiritualidade positiva como princípio fundador do SAER. Neste sentido, a doença, física ou mental, é conceptualizada como uma fragilidade humana, inerente à sua frágil condição terrena: “Teria Jesus curado alguém se a doença fosse castigo de Deus, por causa do pecado?”

O sofrimento absurdo, situação naturalmente subjetiva, mas que inevitavelmente remete para quadros clínicos de prognóstico fechado, associados a dor ou perda funcional marcada (como

doenças neoplásicas ou neurológicas degenerativas) levanta questões espirituais, por vezes, difíceis de gerir. A revolta e a frustração são sentimentos que, aparentemente, podem condicionar dúvidas nas crenças de cada um, e requerem uma atenção redobrada dos membros do SAER. Assume-se como única solução possível, “viver de forma cristã o sofrimento, através da âncora da fé...Viver e celebrar a fé ajuda a enfrentar o sofrimento e promover a saúde”, com ilustrado através do Apóstolo Tiago:

Algun de vós está doente? Chame os presbíteros da Igreja e que estes orem sobre ele, ungiendo-o com óleo em nome do Senhor. A oração da fé salvará o doente e o Senhor o aliviará; e, se tiver cometido pecados, ser-lhe-ão perdoados.

É assumido pelo SAER que a religiosidade e a espiritualidade podem adquirir contornos complexos no cruzamento com a doença psiquiátrica. O Padre F. Sampaio considera que o potencial estruturante da religião na vida do homem, pode não ser passível de atuar na doença psiquiátrica, devido contingências relacionadas com o quadro clínico. Será, no seu entender, a educação religiosa e a influência da família e dos amigos ao longo da vida, que irá ditar a capacidade, ou não, de integrar elementos religiosos na sua vida.

Quando questionado sobre os limites da experiência místico-religiosa dita normativa, e a sua distinção de um processo patológico, o Padre F. Sampaio defende que apesar de poderem surgir dúvidas, a diferenciação é simples. Na experiência místico-religiosa dita normativa, a pessoa em causa tem crítica sobre o que se está a passar, podendo mesmo duvidar da sua veracidade, para além de que a experiência ser potencialmente estruturante e contentora, enfim benéfica para vida do indivíduo. Pelo contrário, na experiência psicótica de conteúdo místico, ocorre simultaneamente uma desorganização do comportamento, que exige intervenção médica.

Da sua experiência passada no HJM, a que se acrescenta a formação académica já atrás referida, Padre F. Sampaio defende que o SAER, não deve interferir nos processos psicopatológicos, mas sim procurar agir na “brecha da normalidade”. A geral diminuta capacidade de abstração do doente psiquiátrico crónico, residente em ambiente hospitalar condiciona a integração e elaboração da doutrina religiosa católica. O Padre F. Sampaio admite que no hospital psiquiátrico é essencialmente valorizado o contacto humano e as relações interpessoais em geral, em detrimento do discurso religioso.

3.5.2 Conselho de Administração do HJM

Foi entrevistada a presidente do Conselho de Administração do HJM, a Dra. Isabel Paixão, numa tentativa de compreender as razões político-institucionais associadas aos atuais contornos da assistência religiosa neste hospital.

A presença de um capelão no HJM parece remontar à sua própria criação, adotando diferentes formulações contratuais e também assumindo diferentes responsabilidades, consoante a organização estrutural do próprio hospital. A convivência com a religião católica em meio hospitalar, é tida como pacífica, “sem sobressaltos”, em que todos os intervenientes conhecem bem o seu papel e o seu espaço. A decisão de contratar o atual capelão a meio tempo prende-se, segundo a Dra. Isabel Paixão, com o valor acrescido de diferentes perspetivas, para além da clínica, podem ter na dinâmica do hospital. A mesma justificação aplica-se à sua integração na Comissão de Humanização e Qualidade.

O Decreto Lei 253/2009 não parece, assim, ter representado uma mudança significativa no normal desenvolvimento do relacionamento interinstitucional, vindo, efetivamente, a legalizar uma situação já consumada. A referida legislação prevê a elaboração de relatórios anuais de atividades, que ainda não foram submetidos, logo impossíveis de consultar.

Capítulo V – Considerações Finais

Este derradeiro capítulo procurará sintetizar as considerações mais expressivas que foram reveladas pelo trabalho de campo realizado, à luz do enquadramento teórico definido previamente. Será contemplada a estrutura analítica por eixos, proposta na Introdução:

1. Eixo sagrado/laico: a análise é centrada na partilha do espaço entre o sagrado e o laico; na (in)definição das fronteiras e na compreensão da manipulação de símbolos sacros (e não sacros) neste contexto.
2. Eixo saúde/doença: explora-se a interseção da religião com a doença e saúde mental através da análise das narrativas formuladas sobre o tema pelos intervenientes.
3. Eixo espiritual/mental: onde se procura compreender como é experienciada a convivência entre ambas as dimensões, no hospital psiquiátrico.

Esta investigação, que desde o início assumiu os seus contornos reflexivos, explanados em maior detalhe no Capítulo IV – Metodologia e Resultados, aceita e incorpora o seu carácter não concludente e não definitivo, admitindo a existência de outras leituras passíveis de serem elaboradas de outras perspetivas.

1. Eixo sagrado/laico

O enquadramento histórico da interação entre a Igreja e o Hospital, ao longo do tempo, na Europa, permite traçar um percurso de luta de poder entre duas conceções do mundo. O estado desta relação traduz, em cada e determinado momento, a configuração de uma relação, mais ampla e genérica, entre a visão do mundo secularista e a visão do mundo espiritual.

Na Europa, durante vários séculos, a religião cristã dominou o discurso do sofrimento ao fornecer a linguagem disponível para a expressão do mau estar físico e espiritual. O espaço era partilhado e os tratamentos aplicados resultavam frequentemente duma simbiose entre curas espirituais e curas naturais, consoante os mecanismos etiologicamente aceites. Numa

época onde a dimensão mental não era equacionada, a doença psiquiátrica prestava-se a interpretações segundo teses demoníacas (Scull, 2015).

O período iluminista marcou de forma decisiva uma profunda mudança na atitude geral, pensamento e ação da sociedade, com a valorização da razão e da autonomia humana. É neste contexto que ocorrem mudanças violentas na conceptualização da loucura. A loucura é a partir deste momento encarada como uma doença médica, com necessidade de tratamento, constituindo o asilo o local terapêutico por excelência. A Psiquiatria, especialidade recém formada para o efeito, apropria-se desta população, até então maioritariamente a cargo de instituições religiosas. A implementação do tratamento moral, por Philippe Pinel, em vários hospitais franceses, com uma inspiração indubitavelmente religiosa, mas agora travestido com roupagens seculares, constitui, de facto, uma viragem paradigmática, que influenciará toda a história posterior da Psiquiatria, bem como o seu relacionamento com a Igreja. A instauração da lei de 1838 - Lei dos Asilos - formaliza a emergência da Psiquiatria enquanto especialidade médica e integra-a no aparelho do Estado. Contudo, ficou clara a incapacidade estatal em assumir autonomamente a totalidade deste projeto, sendo necessário recorrer a instalações religiosas, já bem inseridas na comunidade, para a criação de uma rede asilar nacional em França (Goldstein, 2001).

Em Portugal, a situação é semelhante. Após a fundação da Monarquia Constitucional, há, de facto, uma tentativa de autonomização do Estado em relação à Igreja. A Convenção de Evoramonte em 1834, decreta a extinção das ordens religiosas masculinas e a nacionalização dos seus bens, movimento com reminiscência na expulsão da Ordem de Jesus em 1759, pelo Marquês de Pombal. São anexados ao património do Estado vários conventos, mosteiros, e outros edifícios, muitos que se revelaram úteis para alojar estrutura de cuidados de saúde públicas (ex: Convento de Rilhafoles).

No entanto, as ordens religiosas são reintroduzidas progressivamente, a partir dos anos 50 do século XIX, de forma sub-reptícia, agora com estatuto de Associações Filantrópicas e de Caridade. Em Portugal, também as Ordens Religiosas Hospitaleiras responderam à necessidade do Estado em integrar o movimento da “grande reclusão”, na prestação de cuidados a doentes mentais. As ordens hospitaleiras exerceram, e continuam a exercer cuidados, integrados na sua filosofia caritativa, que se revelam imprescindíveis para o próprio Estado no desempenho as suas funções sociais. Sem sombra de dúvidas, no que diz respeito

aos serviços prestados a doentes com patologia psiquiátrica, as ordens religiosas colmataram, e continuam a colmatar, as graves deficiências estatais, e particular nos cuidados continuados.

A elaboração da Primeira Constituição da República Portuguesa em 1911, determinou a separação formal entre o Estado e a Igreja ou outras comunidades religiosas. Todavia, ao longo do século XX, assistiu-se a uma progressiva (re)aproximação entre a Igreja Católica e o Estado, neste caso o hospital, documentada por vários acordos de âmbito jurídico-legal. Este processo culmina com a equiparação dos capelães a funcionários públicos em 1980 e em 2009 é publicada a última grande alteração jurídica na matéria, que pretende organizar a assistência espiritual e religiosa nos hospitais com a publicação do RAER – Regulamento Assistência Espiritual e Religiosa. Este documento aborda a questão na perspetiva do direito do doente a professar a sua fé em ambiente hospitalar e procura, ao longo do regulamento publicado, expurgar os termos passíveis de serem conotados com a Igreja Católica, substituindo-os por outros mais genéricos (ex: capelão passa a assistente espiritual (AE); capela passa a local de culto). Esta nova conformação semântica parece convidar ao pluralismo religioso no hospital. Mas, uma análise cuidadosa revela a manutenção da relação privilegiada com a Igreja Católica. Apenas a esta igreja, de acordo com a Concordata de 2004, é garantido o livre exercício da assistência religiosa a pessoas internadas. Mais se acresce que, estando determinada a cedência de um local de culto, em todas as unidades de saúde com serviço de internamento do SNS, em permanência, a esta instituição religiosa, (Artigo 10º, Decreto-Lei 253/2009), naturalmente, todos os AE contratados pelo SNS pertencem, atualmente, exclusivamente à Igreja Católica. O que daqui resulta é a não remuneração dos AE de outros credos e religiões, quando solicitados a prestar assistência, pois só o podem fazer sem encargos para a unidade de saúde.

Considero que a lei 253/2009 afetou de forma diminuta o normal desenvolvimento das relações interinstitucionais. A referida legislação traduz a formalização da situação já instituída, e no caso em estudo, nada foi alterado na prática vigente. A nova conceptualização da religiosidade vivida em ambiente hospitalar coloca, de forma inteligente, a tónica no direito do doente. Suponho que se pretenda assumir um posicionamento mais neutro e aberto à multirreligiosidade, contudo, a relação privilegiada e simbiótica com a Igreja Católica permanece inalterada.

◆ ◆ ◆

O HJM é um hospital psiquiátrico monovalente, cuja realidade em termos de assistência religiosa é bastante diferente da realidade noutros hospitais. Apesar de não ter sido possível consultar o relatório de atividades anual do SAER do HJM (documento obrigatório segundo o RAER), da investigação realizada e através das entrevistas com dois capelães, supõe-se que, ao contrário de outros hospitais, sejam raros os pedidos para prestação de assistência religiosa, e praticamente inexistentes os pedidos de articulação com outras instituições religiosas neste hospital.

A capela é, por excelência, o espaço religioso no HJM. Mas, naturalmente, não é um espaço estanque e impermeável, existindo permutas em ambos os sentidos. Foi com apreço que encontrei dois exemplares da Revista de Psiquiatria²⁷ na secretária do capelão, lado a lado com folhetos de conteúdos religiosos, como um convite à sua leitura. Todavia, o grande vetor de difusão é o oposto, e neste sentido, as fronteiras são ténues e plásticas.

A realização de cerimónias religiosas no Serviço 21 C exige mais do que o simples transporte de objetos e pessoas. Há, efetivamente, a recriação de uma determinada atmosfera, importada da capela, e agora recolocada num serviço de internamento psiquiátrico, de uma forma aparentemente fácil e célere. O sagrado é portátil. O sagrado reinventa-se em qualquer enfermaria, com recurso a poucos objetos, alguns deles prosaicos, utilizados também para outros fins, noutras alturas que não aquelas. O seu carácter sagrado é lhes conferido pelas motivações e disposições de quem os manipula, e assiste.

O sagrado não exclui o hospitalar, imiscui-se. Doentes e técnicos esperam no serviço 21C o capelão, domingos de manhã. As portas são-lhe abertas e é-lhe facultada ajuda para a preparação do *setting*. São chamados os doentes, empurradas as cadeiras de rodas e apoiados os braços com bengalas. Há uma conjugação de esforços para que a cerimónia ocorra. Antes de terminar, o capelão é guiado por um enfermeiro, pelos labirínticos corredores, até chegar a alguns quartos, onde doentes acamados, aguardam a comunhão. A cerimónia realizada no serviço é incorporada na rotina hospitalar e é desenvolvido um verdadeiro trabalho de equipa multidisciplinar para a levar a cabo.

A integração da visita ao Santuário de Fátima no plano de atividades para os doentes residentes, organizada pela equipa de enfermagem, ilustra bem esta simbiose. A justificação

²⁷ Publicação científica do hospital.

dos técnicos para a tomada desta decisão é simples e pragmática: os doentes gostam. Apesar de ser apelidada como uma “visita espiritual”, é encarada pela maior parte dos participantes como uma atividade prosaica e “é a mesma coisa” (ver pág. 58). Isto é, apesar de possuir, sem dúvida, uma dimensão “espiritual”, é tratada, de forma geral, como uma atividade de cariz ocupacional. O trabalho etnográfico e os dados colhidos durante a entrevista de grupo são bastantes explícitos quanto a estas considerações. Apesar de todos os participantes se assumirem como “religiosos católicos”, apenas um frequenta habitualmente a igreja e subsistem algumas reservas quanto aos seus motivos (ver pág. 59). Efetivamente, fiquei com a profunda convicção de que, salvaguardando eventuais exceções, esta atividade era encarada como todas as restantes: o que é extraordinário é o sair do hospital, o sair da rotina - o destino é secundário.

2. Eixo saúde/doença

A distinção entre a saúde e a doença pode representar uma fascinante discussão sobre definições e limites, de acordo com o quadro interpretativo assumido. A doença mental, como doença intelecto-linguístico-relacional, é algo profundamente humano que atinge as funções relacionais e a posição do “si próprio” nessa geografia dos outros. O “normal” não é apenas regularidade estatística, mas também modelo cultural sujeito a prescrições e proscricções, intimamente relacionado com o contexto²⁸. O anormal, ou se preferirmos o absurdo, é intrínseco da condição humana, e não existe nem no homem nem no mundo em separado, mas apenas no homem-no-mundo²⁹.

O presente trabalho propunha-se a analisar a integração de elementos religiosos/espirituais na composição da narrativa individual do doente e da sua doença. Do ponto de vista clínico, mas também antropológico, esta análise deve ser enquadrada no eixo saúde/doença, pois mais do

²⁸ Ruggiero, Romano (dir.), [1977-1982] (1984) *Enciclopédia Einaudi: Inconsciente - Normal/Anormal* Vol. 23. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda

²⁹ Sartre, Jean-Paul, Introdução. In: Camus, Albert [1942] (2013), *O Estrangeiro*. Lisboa: Editora Livros do Brasil

que a exploração do fenómeno religioso, aqui pretende-se a sua intersecção com a saúde e a doença mental (o que justifica também a sua análise no próximo eixo).

A forte percepção remanescente é que neste contexto hospitalar psiquiátrico, a religião católica é encarada como algo intensificador de “ânimo” e de “força” no combate à doença e às contrariedades da vida. Um consolo, ou um adjuvante do tratamento médico (“Não chega a medicação, tenho que acreditar em qualquer coisa” – vinheta 2). Uma “tábua de salvação” (vinheta 1). Em todas as entrevistas realizadas, ficou patente o carácter contentor da dimensão espírito-religiosa, através da verbalização pelos participantes de sentimentos e emoções positivas relacionadas com as práticas religiosas, dentro ou fora do hospital:

“Rezo quando me sinto impotente (...) Sinto paz” – vinheta 1.

“A religião ajuda, concentra-me (...) Faço uma oração a Deus e controlo-me. (...) (A hóstia) alimenta a alma, é para o espírito, fico mais calmo” – vinheta 2.

“Dá-me força, ajuda-me a equilibrar, é um escape para os nervos. Rezo os responsos a S. Jorge ou Santo António e fico logo melhor (...) A hóstia fortalece espiritualmente.” – vinheta 3.

Constata-se, que, de um modo geral, a religião é encarada pelos participantes nas cerimónias como algo benéfico, em sintonia com os próprios princípios enunciados pelo SAER relativos à divulgação de uma “espiritualidade positiva”. A doença não é um castigo, “as doenças são coisas que sugam a vida”, diz o doente que acredita no diabo e no inferno (vinheta 3).

Tanto na vinheta 1 como na 3, os participantes descrevem a psicopatologia sentida no passado, definindo clara e explicitamente os limites com a experiência religiosa: “Pois. Eu sei fazer a diferença, já não entro em pânico.” – vinheta 1. Este considerável *insight* relativamente à distinção de psicopatologia de fenómenos religiosos normativos corrobora a dimensão contentora da religião para estes doentes.

No entanto, verificou-se que, não raramente, os conteúdos delirantes coloriam outras temáticas, tornando extremamente difícil a análise da experiência religiosa e de elementos psicopatológicos, *per se*. A desorganização conceptual, associada a fases da doença mais avançadas, como por exemplo na entrevista de grupo, ou a períodos de descompensação aguda (vinheta 2), parece facilitar a impregnação de conteúdos espírito-religiosos noutros temas da vida do indivíduo, levantando dúvidas quanto à natureza do fenómeno. Na vinheta 2, é notório o afrouxamento associativo e a evocação de eventos passados algo desconexos, o que não permitiu atingir um melhor esclarecimento da narrativa (realidade? memórias

delirantes? interpretações delirantes?). Mas, permanece a clara convicção do carácter benéfico da religião para este doente, tanto a nível da atenuação do seu sofrimento como a nível da organização da rotina, pelo menos no momento da entrevista.

A decisão de traçar a linha entre a saúde a doença (mental) fica, por vezes, refém de uma aparente arbitrariedade. A Medicina é muito mais do que uma simples técnica pois a sua prática exige mais do que conhecimentos teóricos e aproxima-se da Arte (“arte de curar”). A Psiquiatria, como arte médica, mais uma vez: “mal toca os limites da ciência e vive da sua indissolúvel relação com a *praxis*” (Gadamer, 2009:177). Quando intentamos um todo (que não é dado como todo) utilizamos um conjunto de regras que de certa forma não estão definidas pois são produzidas pela sua própria aplicação. O *juízo do gosto* corresponde a um conjunto de normas implícitas e explícitas, às quais recorremos quando não existem regras definidas a seguir, caracterizando-se, não por um elevado grau de certeza, mas por um elevado grau de generalização e partilha (Verde, 2009:87-96). A avaliação da adequação de comportamentos, isto é, da presença de doença ou não, em situações de fronteira (onde os critérios de diagnóstico se aplicam de forma dúbia) é complexa e tendencialmente subjetiva. O *juízo do gosto* é aquilo a que o psiquiatra recorre nestas situações em não existem regras aplicáveis, isto é, recorre ao seu bom senso para encontrar a verdade. O juízo do gosto, como uma faculdade que se adquire através da educação humanista, é algo profundamente importante na Medicina em geral e na Psiquiatria em particular.

3. Eixo espiritual/mental

Na Europa, o espiritual dominou a linguagem e o espaço de sofrimento e da cura até ao período iluminista, altura em que a Medicina se autonomizou como ciência natural. A partir do século XX, graças aos avanços no campo da hipnose, e aos posteriores desenvolvimentos levados a cabo por Freud com a sua teoria psicanalítica, o mental passa a ser conceptualizado como uma dimensão capaz de acomodar processos psicopatológicos e psicoterapêuticos, deslocando o dualismo cartesiano espírito/corpo para a mente/corpo. Apesar de ser consensual que os pensamentos e emoções tem uma tradução orgânica (no cérebro e não só), existe uma descontinuidade no conhecimento cérebro-mente que torna impossível a correlação direta e inequívoca, entre o fenómeno mental e o fenómeno cerebral. Provavelmente será necessário

uma revolução no conhecimento sobre os sistemas neuronais que abra portas para uma compreensão sobre o funcionamento cérebro-mente totalmente diferente (McHugh e Slavney, 1998:12). A mente não é um epifenómeno do cérebro, mas aproxima-se mais de uma interface entre o cérebro e o ambiente externo. O dualismo cartesiano, apesar de datado, parece impossível de ultrapassar, continuando profundamente enraizado na cultura ocidental, modelando a forma de conceptualizar a experiência.

O hospital psiquiátrico, como local privilegiado do tratamento biomédico, segue ainda a organização estrutural de Pinel, onde a autoridade médica é soberana. Não é surpreendente, assim, que a convivência entre o mental e o espiritual, atualmente, e no contexto em estudo, seja discreta, sintónica, mas tendencialmente evitante. O mental assume-se como pertencente ao domínio da Psiquiatria e da Psicologia, sendo o espiritual remetido para o foro privado e subjetivo de cada um, não sendo muitas vezes questionado e muito menos integrado de forma estruturada nos cuidados clínicos. Apesar disso, é notória uma atitude de colaboração e mútuo entendimento, onde são diplomaticamente reconhecidos os papéis e funções desempenhadas por cada parte.

É possível desenhar um paralelismo de ações entre o sistema religioso católico e o sistema biomédico, no contexto hospitalar psiquiátrico. O consolo pela palavra constituiu um denominador comum entre ambos, representando para a Psiquiatria uma preciosa herança, adequadamente apropriada pelo sistema biomédico no tratamento moral de Pinel. As práticas religiosas católicas valorizam a verbalização de pecados (conflitos?) na busca de redenção, esboçando contornos psicoterapêuticos catárticos. Outro exemplo é a comunhão, concedida a todos os doentes, mesmo aos acamados, levantando imediatamente a reminiscência da toma da medicação oral. É descrito pelos participantes como algo para o espírito, não para a mente, com efeitos imediatos, mas transitórios. “Aquilo (a hóstia) alimenta a alma, é para o espírito, fico mais calmo” (vinheta 2). Neste jogo de significados, o espiritual como domínio a religião e o mental como domínio da Psiquiatria, entrecruzam-se na procura do bem-estar e recriam um dualismo modificado: espiritual/mental.

A religião (católica) vivida em ambiente hospitalar parece assumir-se como um fator essencialmente protetor, mesmo que pontualmente existam dúvidas em relação ao carácter sobrevalorizado/delirante de algumas crenças. Existe, de um modo geral e transversal, a convicção por parte dos participantes que o espiritual pode interferir no mental, no sentido positivo, de auxílio e como adjuvante terapêutico.

Esta possibilidade relaciona-se, naturalmente, com a fé individual de cada um, mas parece traduzir-se, essencialmente, pelo cumprimento de práticas e rituais de uma forma pragmática e oportunista. A baixa afluência às cerimónias na capela, comparada com o elevado número de participantes nas cerimónias decorrentes no serviço 21C ou na visita a Fátima, sugere que, quando são criadas as condições certas, o público adere e cumpre o esperado. Este carácter quase contingente, ilustrado, por exemplo, pela compra unânime de velas no Santuário de Fátima, por aqueles que habitualmente não participam em cerimónias religiosas, não põe em causa a espontaneidade do fenómeno. Mostra antes, talvez uma sugestibilidade aumentada, uma diminuição da iniciativa ou um elevado grau de dependência, como é o caso da população do serviço 21 C.

As cerimónias religiosas em contexto hospitalar psiquiátrico revestem-se de particularidades dignas de nota. Como em qualquer missa católica, o mistério da fé e a comunhão assumem-se como clímax, mas aqui com pouco preliminares. As cerimónias parecem ser esvaziadas ao mínimo de discurso (doutrina³⁰) que permita mante-las reconhecíveis e passíveis de serem executadas. Há uma sobreposição dos símbolos à doutrina.

A simplificação da palavra e a manutenção dos símbolos justifica-se, segundo os capelães, pelas dificuldades existentes por parte dos participantes na compreensão de ideias mais complexas e pela manutenção do reconhecimento dos objetos e das práticas, com permanente ressonância num inconsciente cultural. Na realidade, a diminuição da capacidade de abstração, com predomínio do pensamento concreto, é uma alteração bem conhecida e estudada na Esquizofrenia já no tempo de Kraepelin. Os doentes residentes no HJM são doentes com patologia psiquiátrica grave, com vários anos de evolução. A esmagadora maioria apresenta o diagnóstico de Esquizofrenia, sendo expectável as alterações cognitivas acima expostas.

A experiência da Igreja Católica no hospital já promoveu, assim, modificações e adaptações às práticas em contexto psiquiátrico. O SAER, de forma geral, admite a necessidade de alterar a conformação das cerimónias no contexto hospitalar psiquiátrico, de modo a tornar mais acessível a mensagem que se pretende transmitir. O capelão alocado ao HJM, adapta as práticas e os conteúdos espirituais dos rituais religiosos ao público-alvo, no presente caso, depositando maior atenção na manipulação dos símbolos em detrimento da doutrina e

³⁰ A doutrina é composta, naturalmente, por palavras, sendo estas também símbolos. Aqui assume-se a doutrina essencialmente na sua dimensão de significado.

assumindo uma postura flexível em relação aos diálogos e interação que se estabelece entre os participantes. Estas modificações procuram garantir uma maior satisfação e adesão por parte dos participantes e não são encaradas como proselitismo pelo hospital.





Através deste trabalho, procurou-se lançar luz sobre os fundamentos da presença de uma capela cristã católica no Hospital Júlio de Matos, remetendo para uma relação mais abrangente entre a Religião e a Medicina, em particular a Psiquiatria. A Medicina e a Religião são processos sociais através dos quais o Homem articula o seu comportamento com a realidade, estando ambos inseridos em fenómenos culturais e sociais mais amplos, que ditam e são ditados por conceptualizações do Homem sobre si próprio, sobre a doença e o sofrimento. A cura, como transformação da experiência, é o denominador comum entre ambos, que mobiliza dimensões culturais profundamente específicas e outras universais e transversais.

A Igreja e o Hospital, partilham desde os primórdios de ambos, o espaço, e apesar da Modernidade procurar emancipar o Homem de crenças e credos, esta relação permanece íntima e simbiótica. Se por um lado a Igreja colmata as deficiências do Estado no cumprimento das suas funções sociais, quer a nível de cuidados (agudos e continuados) quer a nível terapêutico-ocupacional; por outro lado a Igreja tem assim oportunidade de desenvolver a sua vertente caritativo-filantrópica.

Em contexto psiquiátrico, as ambiguidades entre o espiritual e o mental adensam este relacionamento complexo. No início do século XX, a conceptualização do mental como espaço psicopatológico e psicoterapêutico, engole o espiritual e remete-o, durante várias décadas, para o foro da psicopatologia. O confronto com a estranheza do Outro e a incompreensibilidade do seu comportamento permitiram múltiplas interpretações patologizantes de fenómenos como a possessão ou o *shamanismo*. Olhar a espiritualidade e a religião como um sistema cultural, que molda e é moldado pela realidade revela-se uma forma flexível e útil de refletir sobre estes fenómenos.

A experiência religiosa, como fenómeno subjetivo, em análise no contexto hospitalar psiquiátrico, permite elaborar esquemas interpretativos sobre o papel desempenhado pela espiritualidade e religião no confronto com a doença e saúde mental, não só a nível individual, mas também social e institucional. Uma perspetiva antropológica crítica e reflexiva, aliada a um conhecimento aprofundado da história das instituições, possibilita uma base compreensiva para a exploração desta questão, sem obliterar o compromisso com a *praxis* clínica.

Fontes

Concordata entre a Santa Sé e a República Portuguesa (1940). Consultada em: <http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ISDC/Texto%20da%20Concordata%20-%201940.htm>

Concordata entre a Santa Sé e a República Portuguesa (2004). Consultada em: <http://www.educris.com/v2/>

Decreto Lei nº 16/2001 de 22 de Junho de 2001. Diário da República: 1ª série, Nº 143 (2001). Acedido em Janeiro de 2014. Disponível em: www.dre.pt.

Decreto Lei nº 253/2009 de 23 de Setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: 1ª série, Nº 185 (2009). Acedido em Janeiro de 2014. Disponível em: www.dre.pt.

Decretos Lei 48358, de 27 de Abril de 1968 do Ministério da Saúde e Assistência. 1ª série, Nº 101 (1968). Acedido em Janeiro de 2014. Disponível em: www.dre.pt.

Decretos Lei nº 48357 de 27 de Abril de 1968 do Ministério da Saúde e Assistência. 1ª série, Nº 101 (1968). Acedido em Janeiro de 2014. Disponível em: www.dre.pt.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (2014), *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais Quinta Edição*. Lisboa: Climepsi Editores
- Barahona, Fernandes (1983), "A Psiquiatria no Hospital Geral - Integração Antropológica da Medicina", *Acta Médica Portuguesa*, (4): 511-513
- Bastide, Roger [1958] (2001) *O Candomblé da Bahia*, São Paulo: Companhia das Letras
- Bastos, Cristiana (2001), "Omulu em Lisboa: Etnografias para uma Teoria da Globalização", *Etnográfica*, (2): 303-324
- Berrios, German E. (2013), "Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology", *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*; 6(2): 39-48
- Bhrugra, Dinesh, Kamaldeep Bhui (eds.) (2007), *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento (1993), São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil
- Clifford, James e George Marcus [2010] (1986), *Writing Culture: the poetics and politics of Anthropology*. Orlando: University of California Press
- Damásio, António (2010), *O Livro da Consciência – A Construção do Cérebro Consciente*. Maia: Círculo de Leitores
- Dein, Simon L. (2013), "Religion and Mental Health: The Contribution of Anthropology", *World Psychiatry* 12:1 doi 10.1002/WPS.20007
- Devereux, Georges (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2007). Lisboa: Temas e Debates
- Engel, George L. (1977), "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*. 196:129-136
- Evans-Pritchard, Edward (1965) (1978), *Antropologia Social da Religião*. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda
- Evans-Pritchard, Edward [1972] (2011), *Antropologia Social*. Lisboa: Edições 70
- Foucault, Michel [1963] (2001), *El Nascimento de la Clínica – una arqueologia de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- Foucault, Michel [1975] (2013), *Vigiar e Punir*. Lisboa: Edições 70
- Franco, José Eduardo e Machado de Abreu, Luís (2014) (orgs.), *Para a História das Ordens e Congregações Religiosas em Portugal, na Europa e no Mundo*, Paulinas Editora.
- Frank, Jerome D., Frank, Julia B. [1961] (1993), *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Frazer, James (1890), *The Golden Bough: a study of magic and religion*. Consultado em: http://www.hermetics.org/pdf/Sir_James_Frazer_-_The_Golden_Bough.pdf
- Freud, Sigmund [1912] (2001), *Totem e Tabu*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Freud, Sigmund [1927] (2008), *The Future of an Illusion*. London: Penguin Books.
- Freud, Sigmund [1930] (2008), *O Mal-Estar na Civilização*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Gadamer, Hans-Georg [1993] (2009), *O Mistério da Saúde – O Cuidado da Saúde e a Arte da Medicina*. Lisboa: Edições 70

- Geertz, Clifford [1973] (1993), *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora Ltda.
- Gelder, Michael G. et al. (2009), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press
- Goldstein, Jan (2001), *Console and Classify: The French psychiatric profession in the nineteenth century*, New York: The University of Chicago Press.
- Hinnells, John R., Roy Porter (1999), *Religion Health and Suffering*. London: Kegan Paul International
- Huguelet, Philippe, Harold G. Koenig (2009), *Religion and Spirituality in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Kirmayer, Laurence (1989), “Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress”, *Social Science and Medicine*. 29(3): 327-339
- Kirmayer, Laurence (2004), “The Cultural Diversity of Healing: Meaning, Metaphor and Mechanism”, *British Medical Bulletin*, vol.69: 33-48
- Kirmayer, Laurence (2007) /Psychotherapy and the cultural concept of the person”, *Transcultural Psychiatry* 44(2): 232-257
- Kleinman, Arthur (1977), “Lessons From a Clinical Approach to Medical Anthropological Research”, *Medical Anthropology Quarterly*. Vol 8(4): 11-15
- Kleinman, Arthur (1988), *The Illness Narratives – suffering, healing and the human condition*. United States of America: Basic Books
- Koenig, Harold G. (2007), “Religião, Espiritualidade e Transtornos Psíquicos”, *Revista Psiquiatria Clínica*. 34, supl 1: 95-104
- Koenig, Harold G. (2008), “Religion and Mental Health: What should psychiatrists do?”, *Psychiatric Bulletin* 32: 201-213. doi 10.1192/pb.bp.108.019430
- Lévi-Strauss, Claude [1949] (1975), *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Mattoso, José (1993), (dir.), *História de Portugal - 5º Volume*, Lisboa: Círculo de Leitores.
- McHugh, Paul R., Phillip R. Slavney (1998), *The Perspectives of Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press
- Nichter, Mark (2010), “Idioms of Distress Revisited”, *Cultural, Medicine and Psychiatry*. 34: 401-416. doi 10.1007/s11013-010-9179-6
- Obadia, Lionel (2011), *Antropologia das Religiões*. Lisboa: Edições 70
- Oyebode, Femi (2011), *Sintomas da Mente – Introdução à Psicopatologia Descritiva Andrew Sims*. Lisboa: Libri-Faber
- Pio Abreu, José Luís (2011), *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Rivers, William H.R. [1924] (2001), *Medicine, Magic and Religion*. London: Routledge
- Ruggiero, Romano (dir.), [1977-1982] (1984), *Enciclopédia Einaudi: Inconsciente - Normal/Anormal* Vol. 23. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda
- Sampaio, Fernando (*sine anno*), *Implicações Pastorais do Decreto-Lei nº253/2009, de 23 de Setembro*. Consultado em Janeiro de 2014 em: http://chospitalar.weebly.com/uploads/1/5/5/3/15539542/impli_pastorais_de_decreto-lei_253.pdf

- Sampaio, Fernando (*sine anno*), *Viver e Celebrar a Fé no Hospital*. Consultado em Janeiro de 2014 em <http://mateus25.pt>
- Sartre, Jean-Paul, Introdução. In: Camus, Albert [1942] (2013), *O Estrangeiro*. Lisboa: Editora Livros do Brasil
- Scull, Andrew (2015), *Madness in Civilization*, London: Thames and Hudson.
- Shorter, Edward (2001), *Uma História da Psiquiatria: Da Era do Manicómio à Idade do Prozac*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Sims, Andrew (2012), “Religious Delusions”. Consultado em: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Religious%20delusions%20Andrew%20Sims.pdf>
- Tylor, Edward B. (1871) *Primitive Culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art, and custom*. Consultado em: https://archive.org/stream/primitivculture01tylouoft/primitivculture01tylouoft_djvu.txt
- Verde, Filipe (2009), *Explicação e Hermenêutica*. Coimbra: Biblioteca Mínima
- Whitley, Rob (2012), “Religious Competence as Cultural Competence”, *Transcultural Psychiatry* 49(2): 245-260 doi: 10.1177/1363461512439088

Anexos

A - *Decreto Lei n.º 253/2009 de 23 de Setembro do Ministério da Saúde*. Diário da República: 1ª série, N.º 185 (2009).

B - Consentimento informado para utilização de dados.

C - Modelo de entrevista: “Religious and Spiritual Assessment” (Huguelet e Koenig, 2009).

mais segura e mais barata, em comparação com o método tradicional de criação de associações.

A «associação na hora» permite prestar um serviço de valor acrescentado aos cidadãos, fomentar o associativismo e contribuir para o enriquecimento da sociedade civil.

Neste momento, a «associação na hora» já está disponível em 87 postos de atendimento em todos os distritos de Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores.

Desde o dia 31 de Outubro de 2007 até ao final do mês de Agosto de 2009 já se constituíram mais de 1860 associações na hora. Em Agosto de 2009 48 % das associações constituídas em Portugal foram associações na hora.

Tendo em conta que o balanço do serviço «associação na hora» é bastante positivo e que estão reunidas as necessárias condições técnicas e humanas para o efeito, disponibiliza-se a «associação na hora» em 29 novos serviços até ao final de 2009. Com esta expansão, a «associação na hora» passará a estar disponível até ao final de 2009 em 116 postos de atendimento espalhados por Portugal continental e na Região Autónoma dos Açores.

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro da Justiça, ao abrigo do disposto no artigo 3.º da Lei n.º 40/2007, de 24 de Agosto, o seguinte:

Artigo 1.º

Competência

A competência para a tramitação do regime especial de constituição imediata de associações é alargada às seguintes conservatórias:

- a) Conservatória do Registo Comercial de Almada;
- b) Conservatória do Registo Comercial de Estremoz;
- c) Conservatória do Registo Comercial de Felgueiras;
- d) Conservatória do Registo Comercial de Idanha-a-Nova;
- e) Conservatória do Registo Comercial de Mora;
- f) Conservatória do Registo Comercial de Oliveira de Azeméis;
- g) Conservatória do Registo Comercial de Ponte da Barca;
- h) Conservatória do Registo Comercial da São João da Pesqueira;
- i) Conservatória do Registo Comercial de Tondela;
- j) Conservatória do Registo Comercial de Vila Real de Santo António;
- l) Conservatória do Registo Comercial de Alcobaça;
- m) Conservatória do Registo Comercial de Barcelos;
- n) Conservatória do Registo Comercial de Celorico de Basto;
- o) Conservatória do Registo Comercial de Freixo de Espada à Cinta;
- p) Conservatória do Registo Comercial de Marco de Canaveses;
- q) Conservatória do Registo Comercial de Ovar;
- r) Conservatória do Registo Comercial de Ponte de Lima;
- s) Conservatória do Registo Comercial de Ponte de Sor;
- t) Conservatória do Registo Comercial de Tavira;
- u) Conservatória do Registo Comercial do Vimioso;
- v) Conservatória do Registo Comercial de Alenquer;
- x) Conservatória do Registo Comercial de Arruda dos Vinhos;
- z) Conservatória do Registo Comercial do Cartaxo;

aa) Conservatória do Registo Comercial de Castanheira de Pêra;

bb) Conservatória do Registo Comercial da Lourinhã;

cc) Conservatória do Registo Comercial da Nazaré;

dd) Conservatória do Registo Comercial de Peniche;

ee) Conservatória do Registo Comercial de Rio Maior;

ff) Cartório Notarial de Competência Especializada da Guarda.

Artigo 2.º

Aplicação no tempo

A disponibilização do regime especial de constituição imediata de associações produz efeitos:

a) A partir do dia 30 de Setembro de 2009, nos serviços referidos das alíneas a) a j) do artigo 1.º;

b) A partir do dia 30 de Outubro de 2009, nos serviços referidos das alíneas l) a u) do artigo 1.º;

c) A partir do dia 30 de Novembro de 2009, nos serviços referidos das alíneas v) a ff) do artigo 1.º

Artigo 3.º

Início de vigência

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Secretário de Estado da Justiça, *João Tiago Valente Almeida da Silveira*, em 15 de Setembro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 253/2009

de 23 de Setembro

O presente decreto-lei estabelece a regulamentação da assistência espiritual e religiosa nos hospitais e outros estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) concretizando o disposto no artigo 18.º da Concordata de 18 de Maio de 2004, celebrada entre a Santa Sé e a República Portuguesa, e, quanto às demais confissões religiosas, o artigo 13.º da Lei da Liberdade Religiosa (Lei n.º 16/2001, de 22 de Junho).

Com efeito, nos termos da Concordata, a República Portuguesa garante à Igreja Católica o livre exercício da assistência religiosa às pessoas que, por motivo de internamento em estabelecimento de saúde, «estejam impedidas de exercer, em condições normais, o direito de liberdade religiosa e assim o solicitem».

Por seu turno, a Lei da Liberdade Religiosa estabelece que o internamento em hospitais ou estabelecimento de saúde não impede «o exercício da liberdade religiosa, nomeadamente do direito à assistência religiosa e à prática dos actos de culto», devendo o Estado, com respeito pelo princípio da separação e de acordo com o princípio da cooperação, criar «as condições adequadas ao exercício da assistência religiosa nas instituições públicas».

Neste contexto, volvidas quatro décadas sobre a aprovação do Estatuto Hospitalar de 1968, operada pelo Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968, impõe-se a actua-

lização do enquadramento legal da assistência espiritual e religiosa nos estabelecimentos do SNS à luz das normas jurídico-constitucionais relevantes e das disposições da Concordata e da Lei da Liberdade Religiosa.

O presente decreto-lei tem também em consideração as recomendações do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no que respeita à especial importância do acesso à assistência espiritual e religiosa nos estabelecimentos de saúde.

A assistência espiritual e religiosa nas instituições do SNS permanece reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. Particular atenção deve ser dada aos doentes em situações paliativas, com doença de foro oncológico, com imunodeficiência adquirida ou com severidade similar.

Naturalmente que o novo modelo de assistência espiritual e religiosa não poderá deixar de considerar, igualmente, a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprovou o novo regime de gestão hospitalar, bem como as alterações verificadas no regime de contratação de pessoal pela Administração Pública.

Além de adaptar o regime e condições do exercício da assistência espiritual e religiosa ao actual enquadramento legal dos hospitais do SNS, são ainda estabelecidas as convenientes regras de acesso, de modo a conciliar a assistência solicitada com o bem-estar físico e espiritual dos doentes.

Foi promovida a consulta da Santa Sé, em conformidade com o artigo 32.º da Concordata. Foram ouvidas a Conferência Episcopal Portuguesa, a Comissão Paritária, nos termos do artigo 29.º da Concordata, e a Comissão da Liberdade Religiosa, de acordo com a Lei da Liberdade Religiosa.

Assim:

Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa

É aprovado o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que se publica em anexo ao presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.

Artigo 2.º

Norma transitória

Aos capelães dos hospitais nomeados ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 58/80, de 10 de Outubro, é garantida a manutenção do respectivo estatuto jurídico, designadamente para efeitos da aposentação e de contribuição para o financiamento da Caixa Geral de Aposentações, extinguindo-se, à medida que vagarem, os respectivos lugares no quadro.

Artigo 3.º

Norma revogatória

São revogados:

a) O n.º 4 do artigo 56.º e os artigos 83.º e 84.º do Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968, alterado pelo Decreto-Lei n.º 49 459, de 24 de Dezembro de

1969, pelo Decreto-Lei n.º 498/70, de 24 de Outubro, pelo Decreto-Lei n.º 301/79, de 18 de Agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho;

b) O Decreto Regulamentar n.º 58/80, de 10 de Outubro;

c) O Decreto Regulamentar n.º 22/90, de 3 de Agosto.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 30 de Julho de 2009. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Manuel Pedro Cunha da Silva Pereira* — *Ana Maria Teodoro Jorge*.

Promulgado em 16 de Setembro de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 16 de Setembro de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

ANEXO

Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

1 — O Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (RAER) tem por objecto assegurar as condições que permitam a prestação de assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

2 — A assistência espiritual e religiosa nas unidades do Serviço Nacional de Saúde é prestada no respeito pela liberdade de consciência, de religião e de culto garantidas pela lei.

Artigo 2.º

Âmbito

O RAER aplica-se aos hospitais, centros hospitalares e demais estabelecimentos de saúde com internamento que integrem o Serviço Nacional de Saúde, adiante designados por unidades.

Artigo 3.º

Universalidade

1 — Às igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde que a solicitem.

2 — Aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua confissão, é garantido o acesso à assistência espiritual e religiosa.

CAPÍTULO II

Assistência espiritual e religiosa

Artigo 4.º

Iniciativa da assistência

1 — A assistência espiritual e religiosa, adiante designada por assistência, é prestada ao utente a solicitação do próprio ou dos seus familiares ou outros cuja proximidade ao utente seja significativa, quando este não a possa solicitar e se presume ser essa a sua vontade.

2 — A assistência pode ser prestada por iniciativa do assistente espiritual ou religioso da igreja ou da comunidade religiosa a que o utente declarar pertencer após a entrada na unidade, desde que o utente consinta nesta prestação.

3 — Os profissionais de saúde, os demais funcionários e os voluntários que trabalhem ou prestem serviços nas unidades, bem como os assistentes espirituais ou religiosos não podem obrigar, pressionar nem, por qualquer forma, influenciar os utentes na escolha do assistente espiritual ou religioso.

Artigo 5.º

Forma

1 — A solicitação referida no n.º 1 do artigo anterior pode ser requerida por qualquer meio, desde que de forma expressa.

2 — Sem prejuízo de poder ser requerida em qualquer momento do internamento, a assistência é solicitada preferencialmente no momento da admissão na unidade.

Artigo 6.º

Designação do assistente

1 — A assistência é prestada pelo assistente designado pelo utente, seus familiares ou outros cuja proximidade ao utente seja significativa, de entre os assistentes que prestem serviço regular na unidade, nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 13.º

2 — Quando devidamente fundamentado, pode ainda ser designado, pelas pessoas referidas no número anterior, um assistente sem vínculo à unidade, nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do artigo 13.º, desde que tal não implique custos para a unidade.

3 — Se o utente solicitar a prestação de assistência sem designar pessoa concreta, esta é prestada pelo assistente da igreja ou comunidade religiosa a que o utente tenha declarado pertencer após a sua entrada na unidade.

Artigo 7.º

Horário

A assistência pode ser prestada a qualquer hora, de acordo com a vontade do utente e sem prejuízo do repouso dos demais utentes e da prestação dos cuidados de saúde.

Artigo 8.º

Local

1 — A assistência é prestada em local reservado para o efeito, excepto se o utente não puder locomover-se.

2 — A unidade assegura o transporte dos utentes para os locais referidos no número anterior, salvo determinação clínica em contrário.

CAPÍTULO III

Organização da assistência espiritual e religiosa

Artigo 9.º

Forma de organização

1 — Em cada unidade do Serviço Nacional de Saúde deve existir uma forma de organização que garanta o regular funcionamento da assistência.

2 — Cada unidade assegura o apoio administrativo e os meios logísticos necessários à prestação da assistência.

3 — As entidades responsáveis pela prestação da assistência espiritual e religiosa podem apresentar propostas quanto à forma de articulação com os diferentes serviços, unidades funcionais e departamentos da unidade.

4 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, a organização da prestação da assistência deve ficar prevista no regulamento interno de cada unidade.

Artigo 10.º

Apoio administrativo e logístico

1 — O apoio administrativo garante a rápida referenciação do utente que solicite a assistência para o assistente da confissão religiosa respectiva.

2 — A disponibilização de meios logísticos inclui a afectação de locais destinados à prestação de assistência e do equipamento não religioso necessário ao regular funcionamento da assistência.

3 — Em cada unidade deve existir:

a) Um ou mais locais com condições de privacidade para reuniões dos utentes, seus familiares ou outros cuja proximidade ao utente seja significativa, com os assistentes espirituais ou religiosos, sem símbolos religiosos específicos de qualquer confissão religiosa;

b) Um ou mais locais de culto, em termos que garantam o acesso ao culto a todos os utentes, independentemente da sua confissão religiosa, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

4 — Um dos locais de culto referidos no número anterior é atribuído, em permanência, à Igreja Católica e, se tal for necessário, é partilhado por esta e outras confissões cristãs.

5 — Os locais de culto católico existentes nas unidades à data da entrada em vigor do presente decreto-lei devem, sempre que possível, ser preservados, assegurando-se, nesse caso, pelo menos mais um local de culto destinado aos utentes de outras confissões religiosas.

Artigo 11.º

Número de assistentes religiosos

1 — Nas unidades do Serviço Nacional de Saúde que prestem cuidados de saúde em regime de internamento, o número de assistentes espirituais e religiosos deve ser

ajustado às necessidades e respeitar a representatividade de cada confissão religiosa.

2 — Sem prejuízo de eventuais ajustamentos em função do número efectivo de camas, o critério indicativo para a definição do número de assistentes em cada unidade tem como referência o rácio de 1 para cada 400 camas.

CAPÍTULO IV

Utentes

Artigo 12.º

Direitos dos utentes

Ao utente, independentemente da sua confissão, é reconhecido o direito a:

- a) Aceder ao serviço de assistência espiritual e religiosa;
- b) Ser informado por escrito, no momento da admissão na unidade ou posteriormente, dos direitos relativos à assistência durante o internamento, incluindo o conteúdo do regulamento interno sobre a assistência;
- c) Rejeitar a assistência não solicitada;
- d) Ser assistido em tempo razoável;
- e) Ser assistido com prioridade em caso de iminência de morte;
- f) Praticar actos de culto espiritual e religioso;
- g) Participar em reuniões privadas com o assistente;
- h) Manter em seu poder publicações de conteúdo espiritual e religioso e objectos pessoais de culto espiritual e religioso, desde que não comprometam a funcionalidade do espaço de internamento, a ordem hospitalar, o bem-estar e o repouso dos demais utentes;
- i) Ver respeitadas as suas convicções religiosas;
- j) Optar por uma alimentação que respeite as suas convicções espirituais e religiosas, ainda que tenha que ser providenciada pelo utente.

CAPÍTULO V

Assistente espiritual e religioso

Artigo 13.º

Definição

1 — Para efeitos do RAER, entende-se por assistente espiritual ou religioso o ministro de culto ou outra pessoa idónea que tenha sido indicada para prestar assistência por uma igreja ou comunidade religiosa inscrita no registo de pessoas colectivas religiosas que:

- a) Se encontre vinculada à unidade mediante contrato, nos termos do artigo 17.º; ou
- b) Não tendo vínculo à unidade, se apresente a prestar assistência devidamente identificado e credenciado.

2 — Os assistentes referidos no número anterior podem escolher auxiliares ou cidadãos voluntários que os assistam, incluindo na celebração de cultos, devendo ser previamente estabelecidas as suas funções específicas.

Artigo 14.º

Identificação

1 — Os assistentes referidos na alínea a) do n.º 1 do artigo anterior devem estar devidamente identificados através de um cartão, a emitir pela administração da unidade, contendo a identificação da igreja ou da comunidade religiosa a que pertencem.

2 — O acesso à unidade pelos assistentes referidos na alínea b) do n.º 1 do artigo anterior é feito mediante a apresentação de documento de identificação e da credencial referida no n.º 2 do artigo 15.º da Lei da Liberdade Religiosa, nos casos em que esta disposição se aplique.

3 — Em casos de manifesta urgência, não pode a falta de documento de identificação ou de credencial ser motivo de objecção da assistência.

Artigo 15.º

Direitos dos assistentes

Os assistentes têm direito:

- a) Ao acesso livre aos utentes que solicitem ou para os quais seja solicitada assistência;
- b) A obter as informações necessárias ao correcto desempenho das suas funções, desde que não confidenciais;
- c) A participar em acções de formação;
- d) Ao respeito pelos símbolos religiosos, alfaias do culto, textos sagrados e demais objectos próprios da assistência;
- e) Ao uso de hábito religioso ou de outras vestes com sinais espirituais ou religiosos identificativos;
- f) A serem remunerados, nos casos previstos na alínea a) do n.º 1 do artigo 13.º

Artigo 16.º

Deveres dos assistentes

Os assistentes devem no âmbito da sua actividade:

- a) Prestar a atenção e os cuidados adequados ao utente que tenha solicitado assistência;
- b) Guardar sigilo dos factos de que tomem conhecimento no exercício da sua actividade;
- c) Proporcionar actos colectivos de culto, quando o número de utentes o justifique;
- d) Limitar o seu contacto aos utentes que tenham solicitado ou consentido na assistência, de forma a não perturbar os demais;
- e) Respeitar a liberdade de consciência, de religião e de culto dos utentes, dos profissionais de saúde, dos demais funcionários e dos voluntários da unidade;
- f) Articular a assistência com os profissionais de saúde que assistam os utentes;
- g) Respeitar as determinações clínicas;
- h) Respeitar a não confessionalidade do Estado;
- i) Respeitar as orientações da administração da unidade;
- j) Promover a melhoria da prestação da assistência.

Artigo 17.º

Regime de trabalho e retribuição

1 — Os assistentes exercem as suas funções em regime de contrato de trabalho em funções públicas, a tempo completo ou parcial, ou em regime de contrato de prestação de serviços, consoante o tipo e a periodicidade da assistência prestada e as solicitações ocorridas.

2 — Os contratos referidos no número anterior são celebrados pela administração da unidade de saúde, observado o referencial previsto no n.º 2 do artigo 11.º, e, salvo disposição expressa em contrário, incluem-se no âmbito de aplicação dos instrumentos de regulamentação colectiva e dos regulamentos internos subscritos ou aprovados pela unidade.

3 — Os assistentes são contratados mediante audição prévia da respectiva entidade religiosa.

4 — A retribuição dos assistentes com contrato de trabalho em funções públicas a tempo completo corresponde, na falta de acordo entre as partes, à posição remuneratória 12 da tabela de remuneração única da Administração Pública, valor de referência que, nos casos de contrato de trabalho a tempo parcial e de contrato em regime de prestação de serviços, é calculado proporcionalmente.

Artigo 18.º

Relatório anual

Os assistentes elaboram anualmente um relatório descritivo da actividade de assistência espiritual e religiosa prestada na unidade e das necessidades verificadas, que apresentam à administração da unidade para apreciação.

CAPÍTULO VI

Regulamento

Artigo 19.º

Regulamento de assistência

1 — Cada unidade, em articulação com os eventuais assistentes, deve elaborar e aprovar, no prazo de 120 dias,

um regulamento interno sobre a assistência que regule, designadamente:

- a) O horário de atendimento dos assistentes;
- b) O local de atendimento dos assistentes;
- c) O horário de celebração de cultos;
- d) O local de celebrações de cultos;
- e) O funcionamento da assistência.

2 — A aprovação do regulamento é precedida de audição dos assistentes.

3 — O regulamento interno sobre a assistência deve ser disponibilizado aos utentes.

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Assembleia Legislativa

Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores n.º 18/2009/A

2.º Orçamento Suplementar da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores para o ano de 2009

A Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, nos termos do artigo 41.º do Decreto Legislativo Regional n.º 3/2009/A, de 6 de Março, aprova o 2.º Orçamento Suplementar da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores para o ano de 2009, constante dos mapas em anexo.

Aprovada pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, na Horta, em 9 de Setembro de 2009.

O Presidente da Assembleia Legislativa, *Francisco Manuel Coelho Lopes Cabral*.

ANO ECONÓMICO DE 2009

2º ORÇAMENTO

SUPLEMENTAR

Aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, em 09/09/2009

O Presidente da Ass. Leg. da Região Autónoma dos Açores

Concordo, 13/08/2009

O Presidente da Ass. Leg. da Região Autónoma dos Açores

Visto, em 17/08/2009

na Mesa da Ass. Leg. da Região Autónoma dos Açores

O Presidente da Ass. Leg. da Região Autónoma dos Açores

Conferido e verificado,
está em termos de ser visado.

O Conselho Administrativo,
em 13/08/2009

O Pres. Cons. Adm.,

RESUMO (em euros)

Receita	Orçamento Ordinário	1.º Orç Suplementar	2.º Orçamento Suplementar
Corrente.....	11 255 605,00		700 000,00
De capital.....	592 500,00	68 724,99	68 724,99
Reposições não abatidas nos pagamentos..		1 000,00	
Contas de ordem.....			
Total da receita.....	11 849 105,00	11 917 829,99	12 617 829,99



CONSENTIMENTO INFORMADO

UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Beatriz Lourenço, médica formada pela Faculdade de Ciências Médica da Universidade Nova de Lisboa, com cédula profissional nº 50237, interna de Psiquiatria no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e na qualidade de aluna de Mestrado em Antropologia no ISCTE, estou a realizar um trabalho sobre a religião e a doença mental. Pretende-se compreender a experiência religiosa em ambiente hospitalar psiquiátrico, contando apenas com informações que cada um pretenda fornecer de livre e espontânea vontade.

Esta autorização assegura formalmente a confidencialidade dos dados fornecidos, assim como o anonimato dos participantes.

Autorizo o tratamento de dados fornecidos nesta(s) entrevista(s), para utilização em trabalhos de investigação, comunicações, artigos científicos e fins de ensino.

DATA _____, _____

ASSINATURA _____

Anexo C - Modelo de entrevista para doentes: “Religious and Spiritual Assessment”
(Huguelet e Koenig, 2009:236)

Religious/Spiritual history

Family background

What were your father’s religious or spiritual beliefs and practices?

What were your mother’s religious or spiritual beliefs and practices?

Childhood

In which religious tradition were you raised?

When you were a child, what kind of religious practices were you involved in? How often?

Adolescence

When you were a teenager, did you experience changes in your religious beliefs or religious practices?

Which ones?

Adulthood

In your adult life, have you experienced changes in your religious beliefs or practices? Which ones?

Effect of the illness upon spirituality/religiousness

Since you have been ill, have you experienced changes in your religious beliefs or practices? Which ones?

Current spiritual/religious beliefs and practices

Religious preference

At the present time, what is your religious preference?

Beliefs

What are your spiritual or religious beliefs today?

Private religious practices

Do you have private religious or spiritual practices? Which ones? How often?

Religious practices in community

Do you engage in religious or spiritual practices with other people? Which ones? How often?

Support from religious community

To what extent, do people in your religious community help you cope with your illness?

In which ways?

Subjective importance of religion in life

Salience

In general, how important are your religious or spiritual beliefs in your day-to-day life?

In which ways?

Meaning of life

To what extent do your religious or spiritual beliefs give meaning to your life?

In which ways?

Subjective importance of religion to cope with the illness

Meaning of the illness

To what extent do your religious or spiritual beliefs give meaning to your illness?

In which ways?

Coping with symptoms

To what extent do your religious or spiritual beliefs help you to cope with your illness?

In which ways?

Coping style

To what extent do your religious or spiritual beliefs help you gain control over your illness?

In which way?

Source of strength

To what extent are your religious or spiritual beliefs a source of strength and comfort for you?

In which ways?

Synergy of religion with psychiatric care

Medication

To what extent are your religious or spiritual beliefs in conflict with your medication?

In which ways?

Therapy

To what extent are your religious or spiritual beliefs in conflict with seeing a psychiatrist?

In which ways?