

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

GENI MARIA HOSS

**ACONSELHAMENTO PASTORAL:
A PRÁTICA NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL**

São Leopoldo

2009

GENI MARIA HOSS

ACONSELHAMENTO PASTORAL:
A PRÁTICA NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa:
Aconselhamento Pastoral.

Orientadora: Laura Franch Schmidt da Silva

São Leopoldo
2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H829a Hoss, Geni Maria

Aconselhamento pastoral: a práxis numa instituição de saúde mental / Geni Maria Hoss ; orientadora Laura Franch Schmidt da Silva. – São Leopoldo : EST/PPG, 2009.

61 f.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2009.

1. Aconselhamento pastoral. 2. Saúde mental – Aspectos religiosos - Cristianismo. 3. Obras da Igreja junto aos doentes mentais. I. Silva, Laura Franch Schmidt da. II. Título.

GENI MARIA HOSS

ACONSELHAMENTO PASTORAL:
A PRÁXIS NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa:
Aconselhamento Pastoral.

Data:

Laura Franch Schmidt da Silva, Doutora em Teologia, Faculdades EST.

Rodolfo Gaede Neto, Doutor em Teologia, Faculdades EST

RESUMO

As correntes humanísticas e as recentes pesquisas na área da Saúde Mental contribuíram de forma significativa para a reforma psiquiátrica no Brasil. Esta vinha sendo preparada desde os anos 90 e está sendo implantada desde o ano 2001. Esta reforma propõe um modelo que confere maior autonomia ao portador de transtornos mentais e insere a família e a sociedade nos cuidados. Este novo modelo prevê a desospitalização dos pacientes, criando cuidados em espaços alternativos como: hospitais dia, casas terapêuticas, centros de atenção psicossocial. Esta nova realidade da Psiquiatria é um desafio para a Evangelização, pois requer um novo paradigma dos cristãos que, muitas vezes, integram os preconceitos na própria mensagem do Evangelho. Em muitos âmbitos ainda hoje se trata a patologia mental como possessão demoníaca ou castigo divino, em detrimento do anúncio de um Deus de misericórdia, amor e ternura. O aconselhamento pastoral em Saúde Mental deve ter suas raízes bem arraigadas no Evangelho e ao mesmo tempo abrir-se mais e mais para um diálogo amplo com as Ciências Humanas e a sociedade a fim de proporcionar uma ação evangelizadora adequada para um público alvo em situação-limite. É neste contexto que o aconselhamento pastoral deve ajudar a viver um sentido de vida pleno, contrapondo-se a muitas experiências na sociedade para a qual muitas vezes só há sentido onde há produtividade e resultados significativos para alimentar a busca desenfreada de bens de consumo, garantindo uma falsa auto-realização construída com base no ter e poder. Evangelizar sempre deve ser uma ação diferenciada para os portadores de transtornos mentais. Embora a Pastoral dialogue com as Ciências e busque nelas orientação para uma ação adequada, ela não pode desviar-se do seu conteúdo principal: a mensagem encarnada do Evangelho. Mensagem esta que em muitos casos pode ser transmitida apenas e, sobretudo, pela presença solidária junto ao paciente. Mais importante que as teorias, que as exposições é a presença amiga capaz de garantir ao paciente uma experiência profunda de um Deus de amor, ternura e misericórdia.

Palavras-chave: Aconselhamento Pastoral, Saúde Mental, Equipe Multidisciplinar de Apoio, Reintegração Social, Autonomia, Espiritualidade.

ABSTRACT

The humanist chains and the updated searching in Mental Health area did contribute in a relevant basis to the psychiatry review happened in Brazil, recently. This one was been prepared since the start of 90 years and had been implemented since the start of 21st century, 2001 sharply. Its proposal is a new model which gives a higher autonomy to the person who presents mind disorders/diseases and acclaim family and society, together to be part of the patient care. This new pattern foresees the out of hospital process of patients through new and alternatives spaces forming, for instance: day hospitals, therapeutics homes, psychosocial care centers and so on. This new scenery of Psychiatry is a great challenge for evangelization so it requires a new paradigm by Christian that for many times integrates the preconception inside the evangelical message. In many aspects, still today, the mental pathology is considered as an evil possession or divine punishment in damage Lord announce of mercy, love and tender. The pastoral counseling in mental health ought to have its roots well founded in the Holy Bible and at the same time be inclined each more to a open minded dialogue among Human Sciences and society in order to offer an appropriate evangelical action to those are living on the edge (out of limit). Is on this context that pastoral counseling has an important role helping to live life in a wide sense opposing several experiences on the society in which many times there is sense only where exists productivity and significant results to feed the disordered search for consumism to assure the fake self achievement built on HAVE and POWER basis. Evangelize always must be a different action to those group of people/patients. Despite of Pastoral makes contact to Sciences and search on them guidelines to adapt actions it can not deviate itself away from the main content, does mean the incarnated Holy Bible message. This one can be released and communicated for many times only and above all by the solidary presence closed to the patient. More important than theories and explanations the friendship attitude / behavior is the way to offer the warranty to this patient a chance of a deep experience of a God full of love, tender and mercy.

Key words: pastoral counseling, mind health, multidisciplinary support team, social reintegration, autonomy, spirituality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 SAÚDE MENTAL	10
1.1 DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL	10
1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	13
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	15
2.1 O SER HUMANO EM CRISE TEM LUGAR NO CORAÇÃO DE DEUS	16
2.1.1 Jesus Salvador e Médico	17
2.1.2 Jesus, o Mestre da relação de ajuda	19
2.2 SENTIDO DE VIDA COMO BEM ÚLTIMO DA EXISTÊNCIA HUMANA	22
2.2.1 Cristo: sentido de vida pleno do cristão	22
2.2.2 Sentido de vida em situação-limite	23
2.3 COMUNIDADE DE FÉ: ACONSELHAMENTO - MISSÃO E DIACONIA	24
2.3.1 Aconselhamento Pastoral: um serviço da comunidade de fé	25
2.3.2 Anúncio de um Deus que caminha com seu povo em momentos de crise.....	26
3 ACONSELHAMENTO NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL	29
3.1 O ACONSELHADOR: UM VOCACIONADO PARA O SERVIÇO DO REINO	29
3.1.1 Espiritualidade do Aconselhador	31
3.1.2 Formação e crescimento	32
3.2 RELACIONAMENTO: UMA CONSTANTE CONSTRUÇÃO.....	33
3.2.1 O tempo: Compasso e descompasso nas relações em Saúde Mental	33
3.2.2 Espaço pessoal: Território sagrado de cada um.	35
3.3 A COMUNICAÇÃO: ELEMENTO ESSENCIAL EM SITUAÇÃO-LIMITE	37
3.3.1 Modalidades de comunicação	38
3.3.2 O silêncio como forma de comunicação	39
3.4 ACONSELHAMENTO: AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO E EVANGELIZAÇÃO.....	40
3.4.1 Rumo à integralidade interior e a integração social	41
3.4.2 A práxis: Espaço de experiência do sagrado e crescimento interior	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

INTRODUÇÃO

As correntes humanísticas e as recentes pesquisas na área de Saúde Mental suscitaram mudanças significativas que garantem mais cidadania, respeito e dignidade aos portadores de transtornos mentais. Identificou-se a necessidade de desconstruir modelos e paradigmas a fim de proporcionar um atendimento humanizado aos pacientes internados em instituições de Saúde Mental.

Os cristãos, inseridos nesta sociedade, tem a missão de promover a vida em abundância, mas como parte integrante dessa sociedade, eles absorvem os seus conceitos e preconceitos. Necessitam, por isso, de uma forma de conversão para o verdadeiro sentido do Evangelho que ensina em primeiro lugar o respeito à dignidade de cada pessoa, especialmente, daquela que precisa de proteção especial em relação à Saúde Mental.

A dimensão religiosa pode representar um fardo para o portador de transtornos mentais uma vez que o estigma da possessão demoníaca e do castigo divino ainda é paradigma reinante em muitas comunidades religiosas. Por vezes, o campo da Saúde Mental tem sido *instrumentalizado* como espaço especial de atuação apostólica de grupos religiosos. É comum deparar-se com líderes religiosos que, com promessas de cura e libertação do demônio, convencem pacientes e familiares a abandonarem seu tratamento, interferindo substancialmente nos processos terapêuticos.

Conhecer a história do desenvolvimento da Saúde Mental, com suas possibilidades e preconceitos, é fundamental para compreender a condição atual e os espaços possíveis para uma ação de aconselhamento pastoral e a importância deste para o paciente e o campo de suas relações. Da loucura como dom divino extraordinário passou-se para uma leitura contrária, sugerindo que se pudesse tratar

de possessão demoníaca ou castigo divino. É preciso refletir sobre o modo de ser cristão que supere qualquer forma de aceção de pessoas ou interpretação discriminatória das patologias mentais. Superar paradigmas do final dos anos 90, ainda presentes em muitos âmbitos sociais, se faz necessário, especialmente em ambientes onde a Educação é bastante deficitária.

Uma reflexão teológico-pastoral em sintonia com as Ciências Humanas é importante pressuposto para um aconselhamento pastoral assertivo na área da Saúde Mental. A experiência de um Deus de misericórdia, amor e ternura é a contrapartida essencial para deflagrar um processo de libertação e crescimento interior.

As teorias neste trabalho encontram-se ligadas a observações experienciais numa instituição de Saúde Mental que tem abraçado a reforma. Ao mesmo tempo mantém as origens cristãs com os valores próprios das Santas Casas. O respeito e apoio pela ação pastoral foram fundamentais para ali se implantar o aconselhamento pastoral.

É chegada a hora de uma práxis pastoral – de aconselhamento pastoral – nas instituições de Saúde Mental, que seja pautada em fundamentos humanos e religiosos consistentes a fim de que o Evangelho seja vivido em plenitude, sem aceção de pessoas, como Jesus ensinou.

1 SAÚDE MENTAL

Precisamos olhar para a história da Psiquiatria no Brasil, sua construção e desconstrução ao longo dos anos para abordar o atual contexto e desafios da Saúde Mental visando uma ação evangelizadora,

O aconselhamento pastoral é uma ação integrada na filosofia de vida e nos paradigmas sociais reinantes. Por este motivo, conhecer o desenvolvimento da Psiquiatria, da sua origem até a Reforma Psiquiátrica, é essencial para entender o atual momento a partir de sua construção social ao longo da história.

1.1 DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Somente nos finais do século XVIII e início do século XIX a Medicina tomou a Psiquiatria como objeto de estudos. Inicialmente, os portadores de transtornos mentais eram denominados de *alienados*.

Na Grécia Antiga, a *loucura* estava relacionada à expressão do divino. A *manifestação do divino* conferia uma aceitação natural e desejada na sociedade de forma a não se constituir nenhuma forma de isolamento para os portadores de transtornos mentais.

No século XV, portanto na Idade Média, a loucura era relacionada com o diabólico. Não identificada como patologia, a Igreja via a necessidade da salvação para essas pessoas e propunha o ritual dos exorcismos. O *Martelo das Feiticeiras*, redigido pelos padres inquisidores Heinrich Kramer e James Sprenger, mostra o destino das pessoas tomadas por feitiços e demônios. E isto se aplicava a todos aqueles, cuja origem da patologia não podia ser identificada no âmbito de patologias orgânicas.

O Iluminismo, Século XVII, trazia consigo o paradigma da produtividade. Aqueles que, por limitação mental, eram desprovidos da capacidade de garantir certo nível de produção, foram isolados em abrigos próprios, à margem da sociedade. Nem mesmo a Revolução Francesa, com seu discurso sobre a igualdade de direitos, conseguiu mudar esta situação.

Uma grande mudança foi desenhada a partir do fim do século XVIII, quando o médico Philippe Pinel (1745–1827) confere um caráter clínico à Psiquiatria. Seu nome passa a ser reconhecido em Saúde Mental pela contribuição dada à Psiquiatria ao sistematizar a primeira classificação em Saúde Mental, propondo um *tratamento moral*, como aliado ao tratamento das causas físicas. Segundo Pinel, se fazia necessário uma educação moral dos *alienados*. Seu seguidor, Jean Etienne Esquirol (1722–1840), acreditava na necessidade de tratamento em manicômio, mantendo os pacientes afastados da família, postulando que se fazia necessário por reduzir os fatores de influência nas paixões patológicas. A distância serviria para maior objetividade, garantida por certa frieza necessária para a correta intervenção. A descontextualização do paciente possibilitaria a abordagem *pura*, sem interferências.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a oferecer tratamento em lugar próprio para tal. Na Santa Casa da Bahia há registros do século XVIII de leitos específicos para portadores de transtornos mentais, cuja ala era chamada *casinha de doudos*. A história da Psiquiatria do Brasil tem como primeiro registro oficial o Decreto 82, de 18 de agosto de 1841, que criou as instituições psiquiátricas no Brasil. Em 1852 foi inaugurado o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, segundo os critérios de atendimento do médico francês. Inicialmente dirigido por religiosas, em 1887 passou para a área médica. No desenvolvimento da Psiquiatria no Brasil observam-se constantes oscilações quanto ao paradigma adotado: de um lado os adeptos do alienismo francês, contemplando a questão moral, e de outro a escola alemã que trabalhava com a possibilidade de causas biológicas, cerebrais para o transtorno mental.

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram como forma de estabelecer a ordem social, voltada para atender pessoas que se concentravam nas cidades, decorrente do avanço no processo de abolição da escravatura. Tratava-se de uma reivindicação da burguesia, como forma de garantir a paz social, ao invés de uma preocupação com a Saúde Mental.

O contexto sugeria que os portadores de transtornos mentais seriam *bagunceiros*, e precisariam passar por um processo de ajuste social. Tal forma de atendimento é denunciada pelos diagnósticos generalizados, sem qualquer menção personalizada, como: Degenerado atípico.

Tal como na Europa, de 1910–1920, no Brasil foram criadas as colônias agrícolas, nas quais os pacientes trabalhavam para amenizar o ônus do Estado. Alguns pacientes, neste modelo, poderiam ficar adjacentes à família, caso esta tivesse residência próxima à colônia agrícola. Por falta de projeto terapêutico eficiente, garantia de tratamento e inserção social, este modelo não produziu o resultado esperado. Além da alta taxa de institucionalização, não havia um sistema de apoio e acompanhamento para a reintegração social.

Seguiu então um tempo em que se pretende tratar o problema com a psicoeducação, protegendo o paciente da exposição aos fatores de risco. A Eugenia adotou este mesmo pensamento para perseguir seus objetivos de purificação da raça. O sanatório “Pinel de Pirituba” acolheu pessoas que não eram aceitas pelos padrões eugenistas. O argumento para a internação no *Pinel* consistia no desajuste ao meio urbano, e, em consequência, as pessoas desenvolviam estados psicóticos e complexos de perseguição. A causa real, no entanto, configurava uma oposição ao movimento eugenista.

Fundada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Riedl, a Liga Brasileira de Higiene Mental, de seus ideais fundantes de aprimorar a assistência aos pacientes, assumiu ideais eugenistas, ao mesmo tempo em que se dizia neutra em termos ideológicos.

Entre 1940 e 1960 o tratamento institucionalizado ganhou força e os métodos usados foram a eletroconvulsoterapia e lobotomias

Nos anos 50, as comunidades terapêuticas, modelo desenvolvido por Maxwell Jones¹, abriram nova perspectiva de atendimento em Saúde Mental. Maxwell tinha como referência o americano Menninger que tratava os internos em pequenos grupos. Este modelo prevê a reintegração social de pacientes através de atendimentos grupais como forma de aprender a convivência social.

Embora não conseguisse romper importantes barreiras para se afirmar na época, a metodologia está na raiz de diversas reformas psiquiátricas na virada do século.

¹ Maxwell Jones: psiquiatra sul-africano (4 de janeiro de 1907 - 1990), radicado no Reino Unido, a quem é atribuído o conceito de comunidade terapêutica.

1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Autores do século XX, destacando-se para os fins deste trabalho, Rollo May, Otto Rank, Carl Rogers e Abraham Maslow, contribuíram para as mudanças do cuidado humano. A Associação da Psicologia Humanista, fundada em 1962, nos Estados Unidos, tendo à frente Carl Rogers, apresentou um salto que se refletiu em diversas práticas como educação, cultura, sociologia. Estes novos paradigmas permitiram um novo modo de cuidado no campo da Saúde.

No final dos anos 90 o terreno estava preparado no Brasil para se repensar os modelos de (des)cuidado em Saúde Mental. Foi promovida uma mobilização para humanizar o tratamento dos portadores de transtornos mentais. Em muitos casos, estes estavam pautados em preconceitos, também alimentados por cristãos, atribuindo às patologias psíquicas, castigos divinos e possessões demoníacas, alimentando assim a visão da Idade Média.

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, é um marco na busca de mudanças da realidade psiquiátrica no Brasil. Prevê a redução de leitos em hospitais psiquiátricos através de uma rede comunitária de atenção psicossocial. Na sequência, a Lei 10.708, de 2003, institui um programa "De volta para casa", garantindo suporte social para alta hospitalar e reintegração social. A Portaria N.º 52, de 20 de janeiro de 2004, estabelece um *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar* no SUS, promovendo uma redução gradativa dos leitos hospitalares.

Para possibilitar esta redução, o programa aposta num amplo projeto de reintegração social, proporcionando aos portadores de transtornos mentais a oportunidade de voltarem para o convívio familiar e social. Na impossibilidade do retorno do paciente à família estão sendo organizadas as chamadas *casas terapêuticas*, nas quais os portadores de transtornos mentais passam a viver em grupo de cinco a oito pessoas com atendimento especializado e apoio da comunidade. Este processo de reintegração é longo, mas se tem mostrado benéfico para os pacientes que, desta forma, reconquistam a dignidade, liberdade e autonomia, um direito de cada pessoa.

Um olhar novo sobre a pessoa, assim como foi apresentado pelos pensadores da linha humanística, é um pressuposto essencial para a deflagração de uma reforma psiquiátrica nas proporções da Lei acima citada. Não se trata de meras adequações de estruturas e fluxos, mas, sobretudo, de uma nova maneira de ver o

portador de transtornos mentais. Este novo olhar abriu o leque das relações, que além de se ampliar para diversas áreas da Saúde, inclui o paciente e sua família como entes ativos do tratamento, ao contrário do modelo anterior que abandonava os pacientes nas instituições.

Como artífice em conjunto com seus familiares, quando possível ou interessante for, tal cliente vai desenvolvendo papel ativo e circunstancial, rompendo com as posturas assistencialistas que abordam sua autonomia mínima. Podendo dar significados a novos vínculos e experiência, das mais rotineiras, como pegar uma condução, às mais complexas para si, vai se afiliando e se apropriando de seu Devir, sentindo-se parte e autor enquanto organismo inteiro. Protegido, sim, mas menos dependente.²

Estas mudanças – ainda não concluídas – devem ser consideradas no aconselhamento pastoral, que deseja oferecer espaços de escuta e ajuda humana e cristã. As instituições de Saúde Mental, objeto deste trabalho, são espaços necessários para o cuidado da crise e de aprendizado de um novo modo de cuidado. Como espaço de educação para os novos paradigmas de Saúde Mental, as instituições devem esforçar-se para absorver os novos paradigmas, sendo o aconselhamento pastoral um grande aliado nesta construção junto aos profissionais da Saúde, pacientes e familiares.

² STOCKINGER, Rui Carlos. *Reforma psiquiátrica brasileira*. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 98.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

O debate sobre conteúdos, objetivos e valores da fé na sociedade e no campo da Medicina e da Psiquiatria ainda é muito tímido. O reconhecimento de que a espiritualidade e a expressão religiosa são importantes na dimensão da vida humana, acontece por vezes apenas no campo religioso.

Na área de Saúde Mental é preciso avançar no sentido de identificar os transtornos mentais como patologia dentro de uma visão integral do ser humano. Desta forma, busca-se a superação de preconceitos milenares que promovem a exclusão estrutural e social do portador de transtornos mentais, uma vez que os sintomas próprios da patologia são concebidos como manifestações do desconhecido, do oculto, do misterioso, portanto, não atingíveis pela Medicina.

O aconselhamento pastoral não se realiza isoladamente, estando sempre inserido na ação evangelizadora de toda a Igreja. É um ato eclesial, tornando a Igreja presente e atuante entre os mais pobres e necessitados.

"E enviou-os dois a dois para proclamar o Reino de Deus e a curar". (Lc 9.2). Esta foi e é a missão de cada autêntico discípulo de Jesus. No decorrer da história embora colocada em destaque uma parte do mandato de Jesus: proclamar o Reino de Deus, apresenta-se a segunda parte, a *cura*, deixada em segundo plano. É preciso recuperar esta missão tão nobre e sublime em prol da pessoa numa visão integral. Para isto é necessário dialogar com a Psicologia, Psicoterapia e com a ajuda das Ciências Humanas, destacando-se o Deus que caminha com seu Povo, caminha, sobretudo, com ele em seus momentos de crise e patologia. As tentativas de recuperação deste aspecto da Evangelização não têm sido sempre muito acertadas por entender a *cura* apenas como um fato psicobiológico, dissociando-a do grande plano de Salvação e Libertação em Cristo.

A cura e a libertação interior começam com o primeiro Anúncio da Boa Nova, que se dá pelo testemunho do agente de pastoral – do aconselhador. Nele a pessoa deve poder experimentar um Deus de amor, de ternura e misericórdia. Em diversas passagens da Bíblia (Mt 5.16; 5.45 / Mc 11.26; 14.36), entre outras, demonstra que imagem de Deus Cristo veio revelar - uma imagem de Pai, que não é paternalista e acolhe em seu coração cada filho seu, perdoa-lhe os pecados e se alegra com a sua volta (Lc 15.11-32). Grande parte dos portadores de transtornos mentais carece da imagem de um Deus misericordioso. É forte a relação de sua situação com o pecado, o castigo e a possessão demoníaca, muitas vezes reforçada por experiências próprias, pela família e por líderes religiosos. Isto suscita e acentua o sentimento de culpabilidade, que se revela em muitas manifestações de ordem psíquica interferindo de forma negativa no tratamento proposto pelo corpo clínico e por terapias complementares.

A cura no sentido cristão é também a cura do incurável. À luz da fé a cura consiste no reconhecimento de que Deus aceita cada um na sua condição, que caminha com todos igualmente, que oferece a todos a plenitude de sua vida. O portador de transtornos mentais não é menos por ser limitado: *no* Reino ele é preferido de Jesus, *para* o Reino é testemunho do Deus que oculta as coisas aos sábios e entendidos e as revela aos pequeninos (Lc 10. 21).

2.1 O SER HUMANO EM CRISE TEM LUGAR NO CORAÇÃO DE DEUS

Crises sempre existiram e são parte integrante da vida humana. No entanto, quem crê, sabe que Deus em seu amor e misericórdia está sempre a caminho com seu povo, quer na dor quer na alegria. Na experiência da enfermidade e do sofrimento, o ser humano percebe suas dimensões de limitação e finitude.

O homem do Antigo Testamento vive a patologia diante Deus. E diante de Deus que ele faz sua queixa sobre a enfermidade, e é dele, o Senhor da vida e da morte, que implora a cura. A enfermidade se toma caminho de conversão e o perdão de Deus de início à cura. Israel chega à conclusão de que a patologia, de uma forma misteriosa, está ligada ao pecado e ao mal e que a fidelidade a Deus, segundo sua Lei, dá a vida: “Porque eu sou Iahweh, aquele que te restaura” (Ex 15.26). O profeta entrevê que o sofrimento também pode ter um sentido redentor para os pecados dos outros (Cf Is 53.11). Finalmente, Isaías anuncia que Deus fará chegar um tempo para Si o em que toda falta será perdoada e toda patologia ser curada (Cf Is 33.24).³

³ CATECISMO da Igreja Católica, São Paulo: Loyola. 1999. p. 414.

Saber-se amado por Deus nestas condições e integrar a patologia na vida de forma construtiva tem sido um desafio para o serviço de aconselhamento pastoral. Acrescenta-se que a enfermidade crônica – o que é comum em se tratando de Saúde Mental – aumenta a dificuldade para aceitar a própria condição e integrar nela um sentido de vida pleno, concordando com as palavras de Jesus: "Eu vim para que todos tenham vida, e a tenham em abundância" (Jo 10.10). A visão cristã do ser humano deve superar deficiências na apreciação e reconhecimento deste, acentuado pela era da industrialização, que relaciona o valor da vida humana com produtividade e utilidade.

2.1.1 Jesus Salvador e Médico

Alguém dentre vós está paciente? Mande chamar os presbíteros da Igreja para que orem sobre ele, unguendo-o com óleo em nome do Senhor. A oração da fé salvará o paciente e o Senhor o aliviará; e, se tiver cometido pecados, estes lhe serão perdoados. (Tg 5.14-15).

A fé no poder de cura do Senhor está pautada nas páginas do Evangelho. Cristo compadeceu-se da dor dos enfermos, as curas narradas na Sagrada Escritura são sinais de um Deus presente na vida de cada ser humano, que se inclina diante das condições elementares de sua vida.

Jesus é *médico*. O seu processo de cura e libertação interior começa pela percepção da pessoa na sua integralidade. Não se trata apenas de um mal físico, mas da percepção da pessoa em seu todo. Sua ação supera os conceitos e preconceitos da sociedade em relação ao mal maior. No encontro com Zaqueu, (Lc 19. 2-8), ele não cobrou nenhuma explicação sobre sua vida.

Jesus está próximo do sofrimento e sabe que a maior dor é a dor do pecado, dor que está na raiz de muitas patologias. Relacionar pecado com patologia, no entanto, não pode ser visto como castigo divino. Atualmente, as Ciências Humanas nos revelam a profunda relação do bem-estar espiritual, psíquico e físico. O bem-estar começa pela coerência do ser humano em relação a si. Isto significa que deve estar, acima de tudo, de bem consigo e em suas múltiplas relações inerentes ao seu ser e estar no mundo.

A compaixão de Cristo para com os pacientes e suas numerosas curas de enfermos de todo o tipo são um sinal evidente de que Deus visitou o seu

povo e de que o Reino de Deus está bem próximo. Jesus não só tem poder de curar, mas também de perdoar os pecados, ele veio para curar o homem inteiro, alma e corpo; é o médico de que necessitam os pacientes. Sua compaixão para com todos aqueles que sofrem é tão grande que ele se identifica com eles: “Estive paciente e me visitastes” (Mt 25.36).⁴

Jesus, conhecedor da condição humana, tem compaixão e se inclina perante as solicitações de cura, sabendo que esta deveria acontecer de forma integral. É por este motivo que suas curas vem acompanhadas da *cura da alma*, isto é, do perdão dos pecados. Ele se identifica com os enfermos: “Estive paciente e me visitastes” (Mt 25.36). Ele continua nesta proximidade através de seus discípulos e missionários que se dispõem a trabalhar pelo Reino de Deus, ao dedicar-se aos necessitados de cuidados especiais.

Quando Jesus se aproxima para curar coloca uma condição: a fé. Depois usa de gestos concretos, do toque: “porque dele saía uma força que a todos curava” (Lc 6.19). Jesus toca e se deixa tocar. Ele se solidarizou com os seres humanos, carregando seus sofrimentos. Cristo tomou sobre si o peso do mal e tirou o “pecado do mundo” (Jo 1.29). Por sua paixão e morte, Cristo deu novo sentido ao sofrimento.

Jesus é médico, porque reconcilia o ser humano com sua própria identidade. Isto vale igualmente em condições de limitação maior. Deus acolhe o ser humano por aquilo que é. O seu ser e estar no mundo bastam para que seja merecedor do amor pleno de Deus na expressão de misericórdia e reconciliação.

É comum que portadores de transtornos mentais apresentem, por sua patologia ou crença religiosa, acentuada culpabilidade em relação ao seu próprio modo de viver, como também em relação à patologia.

A busca pela experiência de fé nestas condições se confunde com o desejo de reconciliação. Reconciliação com a história da própria vida, que carrega o pesado ônus dos conceitos remanescentes que apresenta o transtorno mental como possível possessão demoníaca ou castigo divino.

Eu me dilacero recriminações e sentimentos de culpa. Estou na prisão de meus próprios sentimentos de culpa. Estou na prisão de meu próprio medo, na prisão de meu lado obscuro, da minha sombra, do inconsciente que reprimi. Eu tenho de reconciliar-me inúmeras vezes comigo e com meu inimigo interior. Pois, senão, algum dia será tarde demais. A fragmentação interior será tão grande que não haverá mais possibilidade de reconciliação.⁵

⁴ CATECISMO da Igreja Católica, 1999. p. 413.

⁵ TOMASI, Flávio Lorenzo Marchesini. *Ouro testado no fogo*. São Paulo: Paulinas. 2007, p. 334.

Um dos equívocos na relação com o paciente que apresenta acentuados sentimentos de culpa é demover o paciente deste sentimento de forma superficial indicando que não existe culpa. É preciso olhar o problema a partir do paciente e possibilitar que ele experimente a misericórdia de Deus, o Cristo médico e salvador. A origem destes sentimentos – preconceitos sociais, fundamentalismo religioso – não minimiza o sofrimento do portador de transtornos mentais.

O fardo da vida dos pacientes deve ser levado a sério estando aberto a todas as possibilidades de reconciliação com a própria história de vida. Um bom aconselhamento pastoral deve contribuir para que o paciente faça a experiência da misericórdia divina, quer através de uma leitura bíblica ou da confissão sacramental.

Jesus médico, é Jesus misericordioso, que vem ao encontro com amor e ternura.

2.1.2 Jesus, o Mestre da relação de ajuda

O grande Mestre ensina de forma concreta e próxima do povo, garantindo assim que seja compreendido por todos. Palavras, gestos, parábolas são excelentes meios de comunicação e ensino uma vez que estes façam parte da vida cotidiana do interlocutor. É intenção, ao falar das passagens bíblicas que seguem, encontrar no modo de ser e agir de Jesus, um modelo aplicável ao processo de aconselhamento pastoral, tanto a metodologia quanto a meta a ser alcançada.

2.1.2.1 O Bom Samaritano: um modo próprio de agir nas relações de ajuda

Através da Parábola do Bom Samaritano, Jesus ajuda a refletir sobre o modo de agir do aconselhador junto ao interlocutor que dele espera ajuda efetiva para a cura e crescimento interior.

Jesus então contou: Um homem descia de Jerusalém a Jericó, e caiu nas mãos de ladrões, que o despojaram; e depois de o terem maltratado com muitos ferimentos, retiraram-se, deixando-o meio morto. Por acaso desceu pelo mesmo caminho um sacerdote, viu-o e passou adiante. Igualmente um levita, chegando àquele lugar, viu-o e passou também adiante. Mas um samaritano que viajava, chegando àquele lugar, viu-o e moveu-se de compaixão. Aproximando-se, atou-lhe as feridas, deitando nelas azeite e vinho; colocou-o sobre a sua própria montaria e levou-o a uma hospedaria e

tratou dele. No dia seguinte, tirou dois denários e deu-os ao hospedeiro, dizendo-lhe: Trata dele e, quanto gastares a mais, na volta to pagarei. Qual destes três parece ter sido o próximo daquele que caiu nas mãos dos ladrões? Respondeu o doutor: Aquele que usou de misericórdia para com ele. Então Jesus lhe disse: Vai, e faz tu o mesmo. (Lc 10. 30-37).

O samaritano viu e compadeceu-se dele. Ele superou esquemas da cultura local e barreiras impostas pela sociedade. Ele interrompe seu itinerário, seu objetivo e se volve a necessidade identificada pelo fato de *ver*. *Querer ver* é condição para que se possa ver com o coração e assim oferecer ajuda. Somente vendo, percebendo a necessidade do outro é possível ter compaixão, isto é, *sofrer com*, o que significa deixar-se tocar pelo outro.

No entanto, não basta ver e ter compaixão, é preciso aproximar-se, cuidar das feridas, isto é dar-se. A doação exige uma aproximação, com entrega ao serviço. Cuidar das feridas requer uma ação concreta. Quem está disposto a ajudar, providencia. Ele carrega consigo as *ferramentas* da solidariedade, descritas na parábola pelo *azeite*.

O samaritano, vendo a necessidade de ajuda, presta um serviço de emergência, mas logo se dispõe a ajudar até ao fim. Isto significa interromper sua jornada e redirecionar suas próprias ações. Ele se preocupa como o paciente, renuncia seus bens em favor da pessoa atendida.

2.1.2.2 O jovem surdo-mudo: protagonista de sua própria história

Se de um lado, Cristo nos apresenta parábolas que identificam a mística do cristão como agente de Evangelização, ele não deixa de apontar para os resultados da ação evangelizadora. Para tanto, segue um dos numerosos exemplos onde o ser humano é colocado em evidência na sua capacidade particular de agente de sua vida, de sua recuperação. Segue, por isso, reflexão sobre o Evangelho de Marcos (Mc 7.34).

Todo o ensinamento de Jesus é terapêutico, se por terapia do ser humano se entende a busca do bem-estar do indivíduo em todas as suas dimensões, isto é, a humanização cristã. São relevantes as ações de Jesus que se tornaram cura e libertação interior. O que ele suscita em seu meio é expresso de forma contundente pelas palavras: *Abre-te! Levanta-te!*

Trouxeram-lhe um surdo que gaguejava, e rogaram que impusesse as mãos sobre ele. Levando-o a sós para longe da multidão, colocou os dedos nas orelhas dele e, com saliva, tocou-lhe a língua. Depois, levantando os olhos para o céu gemeu e disse *Effatha*, que quer dizer "Abre-te!" Imediatamente abriram-se os ouvidos e a língua se lhe desprende, e falava corretamente. (Mc 7.32-36).

Jesus age dentro de um critério que visa uma ação efetiva para a vida do jovem. O primeiro passo é retirá-lo do meio da multidão. Ele precisa de um ambiente propício para poder abrir-se. Dirige-se ao jovem por meio de sinais, linguagem compreensível por ele. Depois diz *Effatha*, abre-te! Com certeza, Jesus não pronunciou estas palavras a um mudo, mas a um jovem portador de uma limitação, isto é, dirigiu-se a toda a sua pessoa. Abrir-se significa expor os sentimentos e as dificuldades, como condição para que se inicie um processo de cura e libertação interior, uma cura que muitas vezes, especialmente em Psiquiatria, não significa ausência da patologia, mas a integração da mesma na vida de tal forma que se possa projetar uma perspectiva de vida plena de sentido. Entre Jesus e seu interlocutor acontece um verdadeiro encontro eu – tu, e a fé na força deste encontro é pressuposto indispensável para a realização do *milagre* interior.

Se *abrir-se* é a condição para um bom resultado no aconselhamento pastoral, a segunda palavra significativa de Jesus *levanta-te* é o resultado desejado de tal ação. Além do tratamento, o paciente deve ser levado a ser ele mesmo, o protagonista da sua vida em função de um sentido maior, da sua autorealização, da busca pela Transcendência. Em Psiquiatria, dependendo do grau de transtorno mental, pode ser contestado este excesso de otimismo, mas é neste particular que, segundo estudos, reflexões e atitudes, atualmente está acontecendo uma mudança de paradigma: o sentido e perspectiva de vida, embora possam ser percebidos de forma limitada por condicionamentos diversos, reservam sempre um enorme potencial a ser explorado e trabalhado tanto pelos profissionais afins imediatos, bem como por profissionais de terapias complementares, pelo meio familiar, social e religioso do paciente. A Pastoral, em suas ações de aconselhamento pastoral, deve no cumprimento de sua missão, abraçar esta causa em vista da construção do Reino de Deus, assumindo, com reflexão, sua tarefa em prol dos pequenos.

Levanta-te aparece em inúmeras citações Bíblicas, por vezes precedidas da libertação de um mal - Mt 9.5; 9. 6; Mc 3.3, Lc 5.23 - por vezes como um chamado

para executar uma determinada tarefa, para tomar uma atitude - Mt 2.13; Mc 4.42; Lc 15.18.

Levantar-se é mais do que se colocar de pé, é agir em função de uma meta significativa, no Evangelho, por causa do Reino de Deus. Levantar-se com o intuito de partir para uma ação é tomar iniciativa para, segundo as possibilidades, viver em plenitude. Perceber o potencial protagonista no campo da Psiquiatria tem sido um desafio para os que atuam nesta área.

Jesus não cura à *distância*, ele se aproxima, toca, olha! O outro é importante e se torna único naquele momento. Jesus é direto, dirige-se ao problema, abraça a causa pelo paciente, não importando em que estado este se encontra. A multidão não o entende, aliás, até riem dele (Mt 9.24). Para Jesus o importante é que seu interlocutor se abra, levante e tenha vida plena.

2.2 SENTIDO DE VIDA COMO BEM ÚLTIMO DA EXISTÊNCIA HUMANA

O estilo de vida moderno não é propício para um olhar apurado sobre o sentido de vida inerente a cada ser humano. Correntes como o Relativismo e Hedonismo se concentram em valores efêmeros, de extremo conforto e gozo de bens temporários e, por isso, roubam espaços da experiência de vida na sua plenitude como ser humano. O vazio gerado pela excessiva dedicação a valores secundários e efêmeros está na raiz da perda de sentido, o que leva o ser humano a uma busca desenfreada de compensações de toda natureza.

2.2.1 Cristo: sentido de vida pleno do cristão

Diversos pensadores atuais tem se ocupado com o sentido de vida. Os termos podem variar *sentido de vida*, segundo Viktor Fankl⁶, *Ideal Pessoal* – dentro

⁶ Como pensador referencial a respeito do sentido de vida, considera-se aqui Viktor Frankl, que apresentou a importância para cada ser humano, como ente que busca a realização e felicidade, independente das adversidades da vida. A partir de sua experiência num Campo de Concentração, procurou integrar este momento e esta situação num sentido maior de vida. Ele contrapôs-se à frieza da Psiquiatria do início do século XX. Sua reflexão tinha como base um ser humano integral capaz de amar, protagonista da sua própria história, uma pessoa de fé, em busca de um sentido. Vivendo as atrocidades do Campo de Concentração, Frankl percebeu que para superar tais situações é preciso ter um *para quê* viver bem esclarecido, com fundamentos sólidos e significativos. É preciso ter claro o que se quer da vida, bem como estar ciente do que a vida quer da pessoa.

da *Pedagogia do Ideal*, de acordo com o Padre José Kentenich, porém, o vislumbre é o mesmo: *ser humano* de forma significativa para si próprio e para a sociedade, existir com um propósito maior.

A vida não deixa nunca de ter sentido. Isto, concordo, é compreensível apenas se admitirmos que existe um sentido potencial a ser descoberto para além do agir e amar. Certamente estamos habituados a descobrir um sentido no criar uma obra ou no completar uma ação, no fazer experiência de algo ou não encontrar alguém. Mas não devemos jamais esquecer que podemos descobrir um sentido na vida mesmo quando nos vemos numa situação sem esperança, na qualidade de vítimas sem nenhuma ajuda, mesmo quando enfrentamos um destino que não pode ser mudado. O que realmente importa e conta mais é dar testemunho do potencial humano que, em sua forma mais alta, deve transformar uma tragédia num triunfo pessoal, deve mudar a situação difícil em que o indivíduo está num sucesso humano. quando não temos mais sucesso mais condição de mudar uma situação – pensemos numa patologia incurável, um câncer que não pode ser operado – então somos estimulados a mudar nós mesmos.⁷

É intenção deste trabalho não ficar no sentido de vida compreendido de forma ampla, sem conteúdo específico, como nos apresenta de certa forma Viktor Frankl, porém, interpretá-lo à luz da fé cristã.

O cristão entende o sentido de vida à luz da mensagem evangélica de Jesus: "Eu vim para que *todos* tenham vida, e a tenham em abundância" (Jo 10.10). A vida plena que Cristo promete a todos, sem distinção, é vida presente no Reino – e o Reino se constrói a partir do *aqui e agora* em todas as condições, circunstâncias, limites e possibilidades do ser humano. Todo o ser humano é chamado para a santidade e para uma missão especial em prol do Reino.

O sentido de vida mais profundo é o de ser partícipe da construção do Reino, cada qual na sua condição e campo de atuação que lhe é próprio. Reino este construído no amor a Deus e na fraternidade aos irmãos. "Se alguém disser: Amo a Deus, mas odeia seu irmão, é mentiroso. Porque aquele que não ama seu irmão, a quem vê, é incapaz de amar a Deus, a quem não vê". (1Jo 4.20).

2.2.2 Sentido de vida em situação-limite

Igualmente aqueles que não estão na plena posse de suas faculdades mentais são chamados a dar testemunho do Reino. Os portadores de transtornos

⁷ FRANKL, Viktor. *Em busca de Sentido*. 17. ed. São Leopoldo, Sinodal. 2003, p. 31.

mentais são exemplos, entre outros, da sensibilidade humana que transparece em Jesus e que a vida moderna roubou. É desta forma que vivem "segundo a imagem e semelhança de Deus" (Gn 1.26). O fruto fecundo para o Reino é o desenvolvimento pleno do ser humano, quando lhe é dado potencializar suas possibilidades e superar seus limites. Daí a importância de não restringir a construção do Reino neste campo aos Agentes de Pastoral. Todos os envolvidos no processo de tratamento são, a seu modo, discípulos e missionários de Cristo, pelo serviço solidário aos portadores de transtornos mentais.

O cristão é chamado a encontrar sentido lá onde parece não existir. É preciso transpor os limites de um sentido de vida pautado em situações extremamente favoráveis, livre de toda a sorte de crises, dificuldades e limitações de qualquer natureza. Faz-se necessário compreender que o ser humano tem dignidade pelo fato de *ser*. A sua existência é um chamado de Deus para a vida e santidade. Nos critérios de Deus não existe o *mais* e o *menos*, todos *são*, são *homo sapiens*, ser humano completo. Por isso, é preciso descobrir o que uma pessoa – em qualquer circunstância e condição - tem a oferecer à comunidade cristã. Portanto, o sentido de vida não se constrói, mas é dado *ser*. Ser humano, ser Filho de Deus.

2.3 COMUNIDADE DE FÉ: ACONSELHAMENTO - MISSÃO E DIACONIA

“Enviou-os a pregar o Reino de Deus e a curar os enfermos”. (Lc 9.2) No afã de anunciar o Evangelho até aos confins da Terra, a Igreja centra-se muitas vezes na primeira parte deste mandato divino e esquece sua missão de “curar os enfermos”. O ser missionário se dá de forma plena quando assumidas todas as dimensões do Reino. Anunciar o Reino implica, na sua essência, a ajuda ao próximo, pois o ensinamento primordial de Jesus é o da caridade. Avaliando a ação da Igreja através da história, reconhece-se hoje a necessidade de retomar as características primeiras da comunidade de fé cristã, ou seja, a recuperação de sua ação de diaconia.

2.3.1 Aconselhamento Pastoral: um serviço da comunidade de fé

As crises na vida do ser humano suscitam questionamentos existenciais. É bom que eu exista? Por que eu existo? São perguntas que requerem respostas consistentes e efetivas para a vida da pessoa em crise. Estas perguntas podem ser resumidas na questão central: Como posso aceitar a vida passada e futura?

Esta pergunta primária, essência da busca de sentido do ser humano, aponta para além do mundo imamente. Ela expressa o desejo ilimitado do ser humano por felicidade, integridade, aceitação e paz consigo mesmo e com os outros. Os cristãos acreditam que neste desejo pelo céu Deus mesmo permanece na lembrança da humanidade. As crises na vida levam, como nenhuma outra experiência biográfica, a este desejo humano primário por Deus. A pessoa afetada por crises se depara irremediavelmente – quando se preocupa com estas questões - com a necessidade de Deus.⁸ (tradução nossa).

É na comunidade de fé que a pessoa deve encontrar apoio e arrimo na busca por respostas existenciais.

Profissionais da área de Saúde Mental feriram por anos de sua história um direito fundamental do portador de transtornos mentais ao ignorar sua dimensão espiritual. Dada a dificuldade de delimitar fé sincera e coerente como direito fundamental e a confusão mental relativa a elementos religiosos, optou-se não tocar neste aspecto da vida. Por outro lado, constata-se a dificuldade de instituições denominacionais para tratar questões religiosas abertamente de forma a respeitar o direito à liberdade religiosa. Subestimar as capacidades mentais e cognitivas dos pacientes em instituições psiquiátricas constituiu-se em um entrave para avançar nas reflexões sobre a experiência religiosa no campo da Saúde Mental.

Por parte das comunidades de fé cristãs coexistem os bons propósitos a partir do Evangelho que ensina a não fazer acepção de pessoas nas relações e cuidados e a crença milenar preconceituosa que vê as patologias mentais como possível *castigo divino* ou *possessão demoníaca*.

Para anunciar o Reino a todos – indiscriminadamente – é preciso superar tais paradigmas e construir um novo modo de integrar portadores de transtornos mentais nas comunidades. A comunidade de fé é o espaço privilegiado para a concretização do Reino aqui e agora. É nela que o portador de transtornos mentais

⁸BAUMGARTNER, Isidor. *Heilende Seelsorge in Lebenskrisen*. Düsseldorf: Patmos, 1992, p. 117.

faz a experiência de um Deus de amor e ternura. O encontro de cristãos comprometidos com os valores do Evangelho permite uma aproximação real com Deus, mesmo que, dependendo do grau de transtorno mental, não haja uma sistematização e compreensão da relação com a Transcendência. Antes da Palavra está a experiência. Se há limites para acolher a Palavra falada e sistematizada, o mesmo não acontece com a Palavra encarnada, pois esta remete diretamente à experiência do sagrado, portanto, acessível a todos.

2.3.2 Anúncio de um Deus que caminha com seu povo em momentos de crise

Para Jesus não há anúncio sem evidente ação que cura. Portanto, o anúncio do Reino de Deus não se dá somente onde se fala explicitamente sobre ele, porém, é no amor encarnado ao próximo que se pode fazer a experiência mais profunda de Deus.

Somente assim se compreende as palavras de Jesus que o Reino é para todos. O encontro com Deus se dá de diversas maneiras e, por isso, não há empecilho para o encontro com ele.

A hospitalização leva, por natureza, a uma experiência de isolamento e abandono. No caso da Saúde Mental, a primeira ou as demais internações vem acompanhadas do medo e angústia perante uma possível perda de identidade física, psíquica e social. Entre as perdas se encontra a própria capacidade de exercer uma profissão, perde-se o status social. Neste contexto de perdas e sofrimentos emerge o questionamento a respeito da religião e de Deus. Não há resposta no âmbito das reflexões teológicas e terapêuticas. Vale acima de tudo uma resposta a partir do carisma e identidade dos representantes eclesiais que, a exemplo do Bom Pastor, vão ao encontro e acolhem o outro na condição em que se encontra.

A renúncia à própria liberdade e autonomia, dependência de medicamentos, invasão de privacidade, são elementos que interferem no ciclo de vida da pessoa. Este modo novo de viver – num espaço de tempo menor ou maior – precisa de espaços para expressão de sentimentos e questionamentos a respeito do sentido de vida, de Deus, da religião.

Estes espaços de diálogo e confronto com a essência da vida, são em primeiro lugar, espaços de humanização, isto é, há necessidade de se construir uma rede de comunicação e reflexão sobre todas as dúvidas e questões levantadas pelo

paciente. Se estas, de um lado, são de ordem técnica a respeito de sua patologia há, por outro, questões últimas da vida, que não podem ser respondidas sem experiência de relação profundamente humana e seguramente direcionada à Transcendência.

A dificuldade das Igrejas está no fato de que as patologias são também crises das pessoas com Saúde. São poucos os discípulos e missionários capazes de adentrar numa instituição hospitalar, especialmente quando se trata de Saúde Mental, sem serem afetados na sua dimensão psicossocial e religiosa.

Por vezes, quem deveria cuidar, encontra dificuldades pessoais para tal, então se pode confirmar a deficiência no atendimento pastoral por parte das Igrejas e grupos religiosos.

Enquanto os pacientes se isolam na companhia de seus *semelhantes* pacientes, os que têm Saúde convivem apenas com seus *semelhantes*, não colocando a patologia e as limitações próprias como situações *normais*. Assim, se deparando no ambiente hospitalar, nem sempre são capazes de refletir com o paciente sobre convicções e conteúdos religiosos a esta condição diferenciada da sua. A convivência com pessoas portadoras de transtornos mentais na sociedade é importante fator para desvelar os mitos dessas patologias, preparando assim os agentes de pastoral – os aconselhadores – para lidar de forma adequada com tais patologias, sem precisar identificar suas ações com os terapeutas.

Porque Deus se tornou inteiramente ser humano, por isso não deveríamos separar o ser humano e o ser cristão. Segundo a imagem integral – bíblico-teológico – do ser humano, o corpo, alma e espírito formam unidade. A vida de fé de um cristão é inseparável com as diversas vivências espirituais e os processos psicossomáticos do corpo. Estas interações requerem que o anúncio na Igreja, na Pastoral e na Psicoterapia considerem mais ainda do que até agora esta forma fundamental da existência humana”⁹ (tradução nossa).¹⁰

Em se tratando de uma experiência de Deus num programa de reintegração social, é importante que o aconselhador de pastoral represente um amigo que, pelo

⁹ BAUMGARTNER, Isidor (Hrsg.) *Handbuch der Pastoralpsychologie*. Regensburg: Friederich Pustet, 1990, p. 492.

¹⁰ Weil Gott ganz Mensch wurde, sollten wir Menschsein und das Christsein nicht mehr voneinander abspalten und trennen. Nach dem ganzheitlichen biblisch-theologischen Menschenbild bilden Leib, Seele und Geist eine unlösliche Einheit. Das Glaubensleben eines Christen ist unlöslich mit den vielfältigen seelischen Erlebnisweisen und den psychosomatischen Prozessen des Körpers verbunden. Diese Wechselwirkungen machen es erforderlich, dass in der Verkündigung der Kirche, in der Seelsorge und in der Psychoterapie, diese Grundgegebenheiten menschlicher Existenz.

seu ser e estar com o paciente, seja um igual a todos os que para ele representam sociedade.

Assim a experiência de Deus também deve ser uma experiência pautada em valores, ritos e conteúdos *normais* de toda a Igreja. A excessiva *adaptação* sugere subestima da potencialidade e dignidade do portador de transtornos mentais. A experiência de Deus se dá de modo mais profundo quando realizada em sua plenitude como pessoa e não na consideração das limitações da condição do paciente. Um Deus presente na vida do povo é um Deus que acolhe a todos indistintamente.

É preciso estar ciente de que o transtorno mental se reflete em todas as dimensões da vida humana, também na espiritual. As distorções da imagem de Deus estão frequentemente relacionadas a patologias mentais. A culpabilidade pode ser sintoma de transtorno mental. Portanto, o maior contributo que se pode dar não consiste em oferecer apenas acolhida e atendimento espiritual. É necessário orientar o paciente e família no sentido de procurarem tratamento adequado. Esta ação temporal da Igreja é, sobremaneira, uma ação de ajuda integral, uma ajuda à semelhança do Bom Samaritano.

3 ACONSELHAMENTO NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Urge refletir sobre as particularidades do aconselhamento pastoral em instituições de Saúde Mental. É preciso integrar-se no complexo sistema, próprio das instituições de Saúde, compreender seu funcionamento e entender os seus condicionamentos. Somente assim se pode fazer uma leitura da situação do paciente inserido neste processo e perceber a real diferença que um serviço qualificado de aconselhamento pastoral pode fazer neste ambiente.

3.1 O ACONSELHADOR: UM VOCACIONADO PARA O SERVIÇO DO REINO

O aconselhamento pastoral numa instituição de Saúde Mental não pode prescindir de uma estrutura pastoral organizada. O desafio da Pastoral na área de Saúde Mental é acompanhar os novos paradigmas nesta área, que preveem um processo consistente de reintegração social. A humanização dos espaços e processos no campo da Saúde Mental tem dado resultados significativos no sentido da valorização e realização humana.

O aconselhador é representante e símbolo da comunidade de fé, portanto, em instituições laicais e públicas, o aconselhamento pastoral é um serviço da comunidade eclesial como um todo. Alguns são, desta forma, oficialmente constituídos para este serviço, outros, o exercem atuando como profissionais cristãos conscientes de sua missão, integrando os valores cristãos em sua forma de ser e estar junto aos portadores de transtornos mentais.

Os aconselhadores, embora inseridos na dinâmica de uma instituição, não se identificam com os profissionais da Saúde, diretamente envolvidos nos processos terapêuticos. O aconselhador pastoral não marca presença pelas ações terapêuticas, mas é aquele que *vem em nome de Deus*. A sua ação reporta ao mundo da fé, da espiritualidade e do sagrado.

O aconselhamento pastoral, seja direcionado a uma pessoa ou a determinado grupo, envolve todo o ambiente e às pessoas que dele fazem parte. Atuando numa instituição – o presente trabalho contempla uma instituição de Saúde Mental – exerce sua ação pastoral integrado à estrutura física e humana desta. A filosofia da instituição, seus colaboradores e a forma destes se relacionarem com o paciente e sua família, determinam o âmbito de atuação do aconselhador, especialmente no que concerne ao tipo de abordagem, espaços e tempo de atuação.

Quando se fala de aconselhamento pastoral vem à mente a ideia de um encontro entre duas pessoas, de um lado o aconselhador – como o próprio nome sugere - um sábio com pleno domínio do conhecimento e, de outro, a pessoa que recebe conselhos e precisa ser doutrinada. Tal conceito interfere de forma negativa no aconselhamento pastoral, pois se trata de um encontro entre aconselhador de aconselhando onde ambos têm a aprender e ambos são munidos de forças internas para o crescimento interior. As relações de ajuda e de necessidade de ajuda são inerentes ao ser humano, assim uns são facilitadores de outros na busca pelo equilíbrio interior. É importante tal consciência por parte do aconselhador a fim de que este reconheça suas limitações e possibilidades de crescimento, bem como as identifique no seu interlocutor.

Tal como se define o agente de pastoral, também se pode dizer do aconselhador. Ele é

um vocacionado, um chamado por Deus a trabalhar em favor da vida e da Saúde, presença amorosa e libertadora de Jesus que cura. Pessoa rica em humanidade, que comunica proximidade, acolhida e carinho; capaz de escutar e de acolher o outro em sua história pessoal, sua individualidade e oferecer-lhe hospitalidade em seu coração. [...] É uma pessoa discreta, não impõe sua presença, está atenta para captar o que o outro quer e necessita. Respeita os silêncios e confidências. Reconhece sua pobreza, seus limites e está consciente de não poder resolver todos os problemas, porém, tem um coração capaz de acolher o sofrimento e comunicar consolo, serenidade, paz.¹¹

O aconselhador realiza uma ação libertadora, quando ele faz a experiência de libertação interior e está resolvido com seu trajeto e projeto de vida. “Todos

¹¹ CELAM, *Guia da Saúde Pastoral para a América Latina e o Caribe*. São Paulo: Loyola, 2000, p. 55. § 96.

devem primeiro mudar a si: Em seu modo de ser consigo e com os outros; em seus sentimentos e emoções; em seu coração; em sua mente e seus paradigmas.¹²

Com isto não se quer dizer que ele não tenha problemas ou crises, mas que saiba administrá-los dentro de um sentido maior e que estes não venham a interferir de forma negativa na sua ação pastoral, nem sejam a motivação para sua ação como aconselhador. “(O Agente de Pastoral) tem uma personalidade equilibrada e possui uma maturidade humana e psicológica que lhe permite iluminar e orientar em situações conflitivas e de crise”.¹³

3.1.1 Espiritualidade do Aconselhador

O aconselhador vive e atua a partir da espiritualidade, fonte de bênçãos e forças para sua delicada missão junto aos pacientes. Ser presença a exemplo de Maria, assim se poderia descrever sua missão primeira. Como ela, ele se *apressa* (Lc 1.39) para ajudar o irmão. Ele deve levar a vida prometida por Jesus: "Eu vim para que todos tenham vida, e a tenham em abundância!" (Jo 10.10).

A espiritualidade é um estilo de vida, ou um modo de viver a vida cristã. Falar de espiritualidade não é falar de uma parte da vida, mas de toda a vida. Viver nossa relação com Deus no serviço é a expressão de uma maneira especial a vida no Espírito.¹⁴

Na meditação e oração ele se coloca à disposição de um serviço ao irmão e ao mesmo tempo busca forças para executá-lo da melhor forma possível em sintonia com os valores evangélicos. “Pois em ti está o manancial da vida (Sl 36.9). Somente a sintonia com Deus, o profundo encontro com ele, pode alimentar o aconselhador para a sua missão. E esta sintonia, ele busca na oração e contemplação.

(Ele) é uma pessoa de silêncio, contemplativa. Cultiva a dimensão espiritual e a relação com o Senhor mediante a oração e a escuta da Palavra de Deus. Sabe aproximar-se com delicadeza e respeito do mistério do sofrimento, não para explicá-lo, nem para defender Deus, mas para testemunhar a presença do Senhor que ama, é solidário e companheiro. Encarna os valores evangélicos da compaixão, da misericórdia, do amor e da doação.¹⁵

¹² MEZZOMO, Augusto. *Humanização Hospitalar*. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 59.

¹³ CELAM, 2000, p. 59.

¹⁴ CELAM, 2000, p. 59.

¹⁵ CELAM, 2000, p. 56.

"Alegre-se o coração dos que buscam o Senhor!" (Sl 105.3). E quem quer atuar de forma significativa como aconselhador deve, em primeiro lugar, buscar o Senhor. Deve possuir em seu coração a alegria que vem do Senhor. Ele se identifica com Cristo e encontra nele sua fonte de força interior. A Palavra de Deus deve ser inspiração constante para a vida interior do aconselhador. "Vossa Palavra é um facho de luz que ilumina os meus passos, uma luz em meu caminho." (Sl 118.105).

No encontro com feridas tão profundas como no campo da Saúde Mental, o aconselhador é continuamente desafiado a confrontar-se com suas feridas. Além da complexidade das patologias, o aconselhador se depara com estruturas físicas inadequadas, dificuldades na implantação de novos paradigmas tendo em vista a dificuldade de preparar-se para esta tarefa e também por falta de preparação dos profissionais da área, sistema de saúde deficitário. Tudo isto a ser superado pela experiência de uma profunda espiritualidade capaz de saber-se limitado e crer, como S. Paulo, na força que vem de Deus: "A minha graça me basta, porque o meu poder se aperfeiçoa na fraqueza" (2Cor 12.9).

3.1.2 Formação e crescimento

O aconselhador precisa beber da fonte viva do amor divino, tanto pela contemplação como pelo conhecimento. Dada a delicada tarefa que lhe cabe dentro do contexto de uma instituição de Saúde Mental, o aconselhador deve estar continuamente em formação para refletir sobre questões de fé e espiritualidade, diálogo interreligioso e multidisciplinar, conhecer as diferentes metodologias das Ciências Humanas e a filosofia da instituição em que atua. Embora sua função não seja a de diagnosticar, o aconselhador deve conhecer e compreender as manifestações das patologias a fim de encontrar o caminho mais adequado e possível para a intervenção.

Dispor-se à formação eficiente e continuada é imperativo da hora ao qual não se pode prescindir neste processo por não haver formação acadêmica própria que contemple de forma aprofundada, ao mesmo tempo, questões de fé e conhecimentos científicos na área de Saúde Mental.

"(O Agente de Pastoral) é uma pessoa aberta à formação e capacitação permanente, se preocupa em se atualizar e oferecer um serviço adequado aos que

sofrem".¹⁶ Ele reconhece a necessidade de buscar, de forma crítica, nas diversas áreas do Conhecimento, fundamentos e suporte para sua ação.

A experiência que serve de suporte para este trabalho indica esta necessidade e tem garantido estudo e reflexão regular, contemplando a prática cotidiana e reflexões teológicas em diálogo com as Ciências Humanas.

3.2 RELACIONAMENTO: UMA CONSTANTE CONSTRUÇÃO.

Dada a importância que se dá ao encontro entre duas pessoas, este tema merece um capítulo especial, com base nas reflexões mais recentes sobre o ser humano.

Um encontro deve ser construído. Estar no mesmo ambiente não significa necessariamente que haja um encontro. O Aconselhamento se diferencia no modo de relacionar-se, pois não há vínculo familiar e nem relação médico-paciente. Por esta particularidade, a primeira e importante preocupação deve ser a *relação* e não a técnica, salientando-se o acolhimento e a identificação do contexto.

Para acontecer um encontro, quando se trata de casos mais graves, é preciso considerar, a possível incompatibilidade de tempo e espaço entre aconselhador e paciente.

3.2.1 O tempo: Compasso e descompasso nas relações em Saúde Mental

Numa experiência, o aconselhador visitava semanalmente, no mesmo horário, o mesmo setor de uma instituição. Inicialmente foram abordagens simples fazendo o paciente entender a sua função. Conversas em grupo e ao ar livre foram se tornando cada vez mais frequentes. Num segundo momento, alguns pacientes pediram uma conversa pessoal.

Num dos casos, após seis meses da presença do aconselhador – e que aparentemente não se tinha dado conta desta presença – um paciente dirigiu-se a ele perguntando-lhe:

- O que é ser feliz?

¹⁶ CELAM, 2000, p.56.

Foram poucos minutos, o suficiente para que o aconselhador pudesse trocar algumas palavras, e ele se afastou novamente e passou a andar apressadamente de um lado a outro, como sempre.

Este exemplo levanta a pergunta: a presença de um aconselhador pode passar despercebida? Em que momentos o paciente está de fato divagando num mundo diverso do mundo do aconselhador? Existe a impossibilidade de não se apreender de alguma forma o mundo que nos rodeia?

A experiência mostra que em tais casos não se pode delinear tão precisamente o tempo e o espaço em que se pode dar um encontro, uma ação de aconselhamento. É preciso criar as possibilidades e deixar que o paciente, segundo suas condições, tenha oportunidade de optar entre o encontro ou não-encontro com o aconselhador.

Desta forma é importante que um aconselhador comece pela *presença* em determinados horários e lugares, fixados com critério, respeitando a dinâmica da instituição e, conseqüentemente do paciente, sem se importar se neste momento irá acontecer ou não um encontro.

A presença do aconselhador cria uma base para o *acolhimento*, estabelecendo um primeiro passo para iniciar o aconselhamento pastoral. Pressupõe-se que o aconselhador tenha conhecimento básico das patologias e dos diversos tratamentos e técnicas de intervenção psicologia e/ou psiquiátrica, adotados pela instituição. Sua função é, sobretudo, acolher e compreender o interlocutor, dominar a arte de *ouvir com qualidade*. Ele deve criar um ambiente propício para que o interlocutor se comunique, expresse seus sentimentos, fase descrita por Marcella Danon da seguinte forma:

A primeira fase, na verdade, é toda dedicada ao acolhimento, no pleno respeito do ritmo do cliente. Mesmo se os temas da conversa parecem fugir do verdadeiro motivo pelo qual a pessoa está ali, a atitude atenta e paciente do counselor permite tanto uma atitude de confiança da parte do interlocutor, talvez ainda embaraçado, quando colher informações exatamente a partir deste modo de iniciar a relação de ajuda.¹⁷

Uma das formas eficientes de chegar ao paciente é pelos sentimentos, expressos de forma livre e espontânea a partir de suas condições. O processo de

¹⁷ DANON, Marcella. *Counseling, Uma nova profissão de ajuda*. Curitiba: Iates, Curitiba, 2003, p. 106.

comunicação merece toda atenção do aconselhador a fim de que nenhum detalhe lhe escape, pois justamente este pode ser importante para a comunicação.

A meta é chegar àquilo que realmente existe por trás do mal estar mais aparente. Uma vez adquirida uma percepção clara dos sentimentos e das próprias ambivalências, o sujeito está livre daquele conflito interno que antes o impedia de prosseguir no percurso de um contato mais autêntico consigo mesmo e na utilização de todas as suas energias.¹⁸

É importante tentar descobrir os motivos pelos quais o paciente procura ajuda nesse momento, qual a situação ou acontecimento que o levaram a buscar o aconselhamento. Outro aspecto a se considerar para que se construa um relacionamento consistente é avaliar a sua comunicação como um todo, palavras, gestos e mímicas; sinais não verbais também fazem parte do processo de comunicação. Não menos importante é o fato de ele procurar alguém que represente uma *figura religiosa*. O que isto significa para o paciente? Que respostas ele busca ao procurar um agente de pastoral, líder religioso?

Muitas vezes não é possível avaliar e identificar a situação como um todo, então é preciso arriscar. O aconselhador se encontra numa situação tão peculiar que não há teorias que possam lhe dar a orientação precisa. Então é preciso apelar para o bom senso e, sobretudo, para a sensibilidade humana. Esta é desenvolvida à medida que a pessoa consegue mergulhar na realidade do outro, entender seus paradigmas, suas possibilidades e limites em todos os níveis.

3.2.2 Espaço pessoal: Território sagrado de cada um.

As reações pessoais perante a ocupação do espaço individual e comum diferem em função de seus significados individualizados. Além das particularidades individuais, há de se considerar as convenções sociais de cada cultura referente à maneira de se relacionar com o outro.

Cada pessoa tem necessidade de uma territorialidade como espaço individual. Este espaço é pessoal, por isso, por variar de pessoa a pessoa e não pode ser definido os seus limites. Importante é, no entanto, reconhecer este espaço e identificar os sinais individuais que acenam para os limites.

¹⁸ DANON, 2003, p. 123.

Territoriedade é a área que o indivíduo sua, defendendo-a de outros membros da mesma espécie. Por exemplo, na situação de internação hospitalar, é o local onde o paciente coloca suas coisas e o profissional de Saúde deve pedir licença para mexer. É importante destacar que essa área não é fixa: onde quer que estejamos delimitamos um território. São quatro as funções básicas do território: segurança, privacidade, autonomia e identidade pessoal.¹⁹

O respeito pelo espaço do outro resulta de relações mútuas saudáveis e atentas às particularidades individuais. No campo da Saúde Mental esta questão é sobremaneira importante uma vez que há dificuldade em manifestar os limites do território pessoal e ao mesmo tempo condições alternadas entre sensibilidade e impossibilidade quanto à capacidade de se respeitar e fazer respeitar o espaço individual por parte do portador de transtornos mentais. De um lado, em função da própria patologia, o paciente pode extrapolar o espaço do outro. Cabe ao aconselhador dar sinais evidentes de sua territorialidade, sem confundir o paciente nas intenções, uma vez que possa transparecer algum afastamento por discriminação, o que pode deflagrar reações inesperadas do paciente.

O tamanho deste espaço pessoal varia de um indivíduo a outro, mas podemos ter uma idéia observando onde o paciente coloca seu chinelo, livro, etc. Se o profissional de Saúde ignorar esses sinais e não respeita essa zona ou não pede licença para invadi-la quando necessário, obtém resultados diferentes na interação. A invasão do espaço pessoal de alguém provoca reações como afastamento, mudança de orientação do corpo, interposição de barreiras com braços e pernas, mudanças corporais.²⁰

No caso específico da Saúde Mental, os sinais por vezes se apresentam de forma confusa. Uma das linguagens comuns identificáveis em várias patologias é o olhar. Tanto o paciente *emite sinais* pelo olhar, bem como o olhar do aconselhador pode ser um sinal de interesse e acolhimento ou representar uma invasão do espaço do paciente. É preciso estar atento para esta forma de comunicar a delimitação do espaço. Se necessário afastar-se, que seja feito de forma discreta, sempre conservando a posição de frente a frente ou de lado, nunca dar as costas. Isto poderia significar para o paciente sinal de discriminação.

Para garantir a inviolabilidade do espaço próprio e alheio, a distância ideal a ser mantida não pode ser prescrita sem considerar as variantes que a adaptam de pessoa a pessoa. É importante considerar idade e sexo, entre outros. Pessoas da

¹⁹ SILVA, Maria Julia Paes da. *Comunicação tem Remédio*. São Paulo: Gente, 1996. p. 79.

²⁰ SILVA, 1996. p. 79.

mesma idade ou pessoas do sexo feminino, em geral, mantêm maior proximidade física. A cultura é outro fator que influencia a forma de relações entre seres humanos. Um ambiente formal sugere maior distância do que o quarto de um hospital onde, por natureza do serviço, é preciso maior proximidade. As emoções e a personalidade de cada um devem ser levadas em consideração neste contexto. O ambiente interfere de igual modo na maneira de como as pessoas se relacionam. Locais de trabalho diferem do espaço destinado às rodas de amigos. Espaços apertados impedem a distância delimitada pela pessoa, espaços amplos e fluxo ordenado de pessoas permitem mobilidade sem interferência significativa da distância estabelecida pelas pessoas que neles circulam.

Para o aconselhador isto é relevante a fim de estabelecer uma relação saudável de respeito com o paciente. É igualmente importante que procure o melhor espaço disponível na instituição para atender as pessoas.

3.3 A COMUNICAÇÃO: ELEMENTO ESSENCIAL EM SITUAÇÃO-LIMITE

Numa visita do aconselhador, uma paciente não se cansava de pronunciar com todo empenho a palavra *casa*. Repetidas vezes ela tentava se comunicar desta forma. A expressão que acompanhava era de grande alegria e satisfação. Como o aconselhador não tinha dialogado com os profissionais ou outras pessoas do seu meio, não conseguiu entender o significado pleno da mensagem, uma vez que a única informação que tinha a respeito desta paciente foi a de ter sido abandonada pela família e que não tinha mais contatos fora da unidade hospitalar. Posteriormente, o aconselhador tomou conhecimento que esta paciente fazia parte de um grupo que passariam a morar numa casa e estavam passando por um processo de reintegração social. Então o aconselhador percebeu que a palavra *casa* se referia a uma história de realização pessoal e de cidadania.

Também nos casos em que tudo começa pela simples presença ainda assim são momentos de intensa comunicação com o paciente ou ao menos em vista dele. Geralmente se associa a comunicação humana com a expressão verbal. Isto, porém, é uma forma reducionista de ver a questão. Há diversas formas de comunicação: atitudes, mímica facial, expressão dos olhos, toque físico, os gestos, tom de voz, o movimento, a não-comunicação também é comunicação. Às vezes a comunicação se estabelece com poucas ou mesmo sem palavras. Comunicar-se

com o meio em que o interlocutor vive, faz entender melhor cada palavra pronunciada muitas vezes de forma bastante confusa. Uma palavra pode significar uma história. Como a comunicação é mútua, importa, nestas circunstâncias, ouvir com qualidade, tentando corresponder com expressões semelhantes a fim de que o interlocutor se sinta compreendido. “O objeto da comunicação é a abertura do coração, quer dizer: a manifestação dos pensamentos e sentimentos, uma maneira de colocar na praça os próprios segredos.”²¹

Na convivência com o portador de transtornos mentais, este mostra ter apurada sensibilidade humana. Uma vez estabelecido o contato e criado um vínculo, ele é fiel a este relacionamento. Ele lembra de pequenos detalhes como nome, identifica a pessoa muitas vezes de forma simbólica: uniforme, objetos, cores, relacionando alguns símbolos com a função da pessoa. Comunica-se de forma diversa. Todos os detalhes da comunicação devem ser considerados pelo aconselhador.

3.3.1 Modalidades de comunicação

Os axiomas da comunicação expostos por Paul Watzlawick e equipe contemplam, em primeiro lugar, *a impossibilidade de não comunicar (50)*. Ressalta-se neste trabalho este axioma, a fim de ressaltar o valor deste na superação de preconceitos na área de Saúde Mental. A aparente indiferença em relação ao meio e aos interlocutores, quando se trata de Saúde Mental em estado crítico, não pode ser interpretada como não-comunicação. É preciso, no entanto, encontrar instrumentos para entender esta forma peculiar de comunicação.

Cada ser humano possui uma forma de se comunicar, porém, com algumas orientações comuns, como descreve Marcella Danon em seu livro *Counseling, uma profissão de ajuda*:

Os estudos sobre comunicação trouxeram à luz diversas modalidades com que as pessoas preferencialmente se expressam:

- Os visuais enxergam o mundo por imagens, falam depressa para estar no mesmo ritmo daquilo que enxergam interiormente, gostam de se expressar com metáforas visuais, evidenciando, por exemplo, quais os aspectos claros e obscuros de uma situação.

²¹ TOMASI, 2007, p. 265.

- Os auditivos, por sua vez, prestam mais atenção às palavras que usam, têm um modo de falar mais lento, mais ritmado, e usam expressões como: "isto me soa bem."
- Os cinestésicos são mais sensíveis àquilo que sentem do ponto de vista tátil. Sua fala é ainda mais lenta, quase densa, e tentam "colher" a realidade ou "agarrar" as respostas.²²

Independente do grau de transtorno há sempre uma maneira certa para comunicar-se. As terapias complementares como a Terapia Ocupacional, a Musicoterapia, que trabalham com a arte e a música como linguagem não verbal como forma de autoexpressão, tem obtido excelentes resultados e podem ser fortes aliadas do aconselhamento pastoral e vice-versa. Daí a importância de esgotar as possibilidades de comunicação que se apresentam numa instituição de Saúde Mental. O aconselhador não se pode ver e nem pretender resolver isoladamente todas as questões a partir de si.

Fato é que nem sempre se consegue viver o momento do outro, saber o que ele quer e, sobretudo, saber das experiências anteriores que ele guarda vivo na memória. Daí a importância da empatia. Isto se consegue quando se procura colocar o outro em primeiro plano. No entanto, é preciso dar um passo a mais. Colocar-se no lugar do outro, embora corramos o risco de impor e valorizar a experiência própria. É preciso mergulhar na vida e maneira de ser e estar no mundo do outro, mesmo quando a compreensão deste se torna difícil a partir da perspectiva de valores e modo de ser próprios.

3.3.2 O silêncio como forma de comunicação

A comunicação supõe a presença. Em algumas situações o silêncio é *mortal* e torna a relação improdutiva. Como é desagradável quando se fala avidamente ao telefone e do outro lado há um completo silêncio. E então segue inevitavelmente a pergunta: Está me ouvindo? Ninguém quer falar *à toa*, não quer ficar sem ser ouvido. Assim o silêncio pode criar um clima de tensão e interferir negativamente no processo de comunicação.

O silêncio também pode significar um pedido de socorro, um desejo de dizer algo importante. Ele é então o único meio de pedido de ajuda. Neste caso é

²² DANON, 2003, p. 90

necessário interrompê-lo prudentemente e ir ao encontro do outro. É preciso dar-lhe oportunidade de comunicar-se, à sua maneira e entendê-lo em suas limitações.

Os sentidos do silêncio são muitos e diferentes: espera, passividade, tensão, hostilidade, pedido de ajuda, reflexão, interiorização, comunicação... Por parte do(a) acompanhante, o silêncio caracteriza-se como um ficar calado e não interromper enquanto o(a) acompanhado(a) fala. É oportuno deixar todo o espaço para a fala do(a) acompanhado(a), respeitando o Mistério, sem pressa de encapsular tudo nas categorias conhecidas.²³

No Mistério acontece o silêncio de plenitude. Um silêncio de profundo significado, que toca o sagrado.

Aquele [silêncio] em que o encontro acontece num plano mais profundo, sem a necessidade de palavras. É um silêncio cheio de significados e de conteúdos que pode durar poucos instantes ou mais tempo. É um silêncio precioso a ser saboreado e degustado. Brota diretamente da alma e diz muito mais que uma longa conversa.²⁴

O silêncio, em qualquer significado, tem significado e é sinal de confiança e compreensão mútuas. Não entender o silêncio no primeiro encontro é comum, pois ele requer o conhecimento do contexto, a percepção do modo de ser e estar no mundo do interlocutor, seus valores e expectativas em relação ao encontro com o outro e o mundo.

3.4 ACONSELHAMENTO: AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO E EVANGELIZAÇÃO.

Para o cristão, toda a ação em prol do irmão é uma ação de humanização. Ele próprio, como Deus, assumiu a condição humana para assinalar a sua dignidade e revelar que a Evangelização é, sobretudo, um ato que humaniza as relações humanas. Em Saúde Mental, a Evangelização se dá, sobretudo, pela experiência das atitudes ensinadas por Jesus. Dada a sensibilidade humana do portador de transtornos mentais, vivenciar aspectos importantes a partir do Evangelho é a forma por excelência de se relacionar com a Transcendência. Daí a importância de dialogar com as Ciências Humanas para promover relações saudáveis e construtivas à luz do Evangelho.

²³ TOMASI, 2007, p. 263.

²⁴ DANON, 2003, p. 124.

3.4.1 Rumo à integralidade interior e a integração social

Os novos paradigmas da Saúde Mental apontam para uma superação de preconceitos e sugerem a reintegração social dos portadores de transtornos mentais. No intuito de produzir sintonia com este propósito e a promoção do ser humano à luz dos valores do Evangelho, aposta-se neste trabalho em teorias e práticas que tem como centralidade a pessoa, tal qual Jesus ensinou pelo seu modo de falar, se relacionar e cuidar daqueles que o procuravam em busca de ajuda.

A Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers²⁵, entre outros, identifica-se com os novos paradigmas da Saúde Mental. Questionamentos quanto à abordagem não diretiva, que seria oposta à abordagem diretiva das Igrejas, são superados pela forma aberta e respeitosa de ver a pessoa. Entende-se que a Igreja é a instância primeira a investir na promoção do ser humano. O respeito à diversidade é fundamental no campo do aconselhamento pastoral a fim de se garantir um serviço livre de proselitismo e fundamentalismo.

Os fundamentos cristãos igualmente se centram na pessoa como agente de sua própria história, não fazendo acepção de pessoas. Para Jesus o que importava era a pessoa. Em nenhum momento, ele se reportou a convicções pessoais do seu interlocutor. Repetidas vezes os Evangelhos apresentam a maneira de Jesus desafiar a pessoa: *Levanta-te!*

Seguindo esta linha, destaca-se a importância do ouvir, pois se preza um processo centrado na pessoa, onde esta deve ter um espaço de expressão significativo para expor e ponderar seus pensamentos e dificuldades. É fundamental que haja o *ouvir ativo*, conforme denomina Carl Rogers. Em Psiquiatria é necessária uma atenção especial para este ponto.

Não só ouvir, mas *ouvir com qualidade*. O que é qualidade quando se trata de ouvir? Como podemos ouvir quem mal consegue expressar uma palavra, ou

²⁵Carl Rogers (1902–1993) apresenta uma metodologia que acentua:

- Uma especial atenção ao impulso em direção ao crescimento, à Saúde e ao ajustamento.
- A terapia é uma ajuda na busca natural de crescimento e desenvolvimento;
- Ênfase nos aspectos afetivos e existenciais - mais potentes que os intelectuais.
- Maior ênfase ao material trazido pelo cliente e à sua situação atual do que ao passado.
- Relacionamento terapêutico em si mesmo, encontro entre terapeuta e o cliente. O crescimento é mútuo.

quem se comunica através de palavras ou frases soltas, aparentemente sem conexão e coerência entre si?

No primeiro momento de uma escuta de qualidade significa estar atento às palavras, às meias palavras, às entrelinhas e expressões diversas do interlocutor ao expor o seu problema ou mesmo de colocar alguma situação da vida ou de seu meio. Escutar é saber construir uma mensagem completa, mesmo quando a expressão da mesma é limitada, sem, contudo impor uma conclusão ao interromper inescrupulosamente as pausas necessárias para o paciente reorganizar o seu pensamento. Daí a importância de o diálogo ser amplo, incluindo o momento passado e presente do interlocutor em termos de situação pessoal, familiar e social. É preciso que o outro perceba a atenção e a presença.

Cabe ao aconselhador cultivar capacidades próprias para um bom de aconselhamento que permite um verdadeiro processo de libertação da pessoa. Segundo Isidor Baumgartner²⁶ é importante que este seja capaz de

Criar um clima descontraído; Intervir na hora certa; Concentrar-se nos significantes e sentimentos do interlocutor; Ouvir nas entrelinhas; Observar os próprios sinais físicos; Não perder o *filio da meada*; Responder concreta, explícita e sucintamente; Não incluir temas novos; Não interromper pausas no afã de ajudar; Compreender a mensagem das perguntas; Entender a pessoa na aparente incapacidade para a comunicação; Controlar-se a si próprio. (tradução nossa)²⁷

É necessário ser humilde o suficiente para reconhecer que, em virtude de suas grandes exigências, são poucos os que conseguem realizar esta tarefa numa instituição psiquiátrica.

O aconselhamento pastoral com a proposta de integralidade não trata somente das dimensões como um todo, mas também de uma forma que desenvolva crescimento e ajuda em todos os momentos da vida. Aquele momento isolado em que o aconselhador da ação de aconselhamento não pode ser visto isolado de todos os processos de vida futura deste paciente. Assim sendo, o aconselhamento em instituições de Saúde Mental tem um desafio a mais, pois o efeito positivo do

²⁶ BAUMGARTNER, Isidor. *Heilende Seelsorge in Lebenskrisen*. Düsseldorf: Patmos, 1992. p. 94-98.

²⁷ Eine enstannete Atmosphäre schaffen; Rechtzeitig eingreifen; Sich auf Bedeutungen und Gefühle des Gesprächspartners konzentrieren; Zwischen den Worten hören; Auf die eigenen Gefühle und Körpersignale achten; Den „roten Faden“ nicht verlieren; Konkret, anschaulich und knapp antworten; Keine neuen Themen einführen; Widersprüchliche Äußerungen verbalisieren; Klärungsversuche verstärken; Sensibel sein für Pausen; Die Botschaft von Fragen verstehen; Sich selbst kontrollieren.

aconselhamento deve perpetuar-se para além da interinação institucional do paciente.

3.4.1.1 No caminho inverso do Aconselhamento Pastoral

Algumas atitudes e ações, embora bem intencionadas, podem não trazer o resultado desejado ou até mesmo interferir de forma negativa no processo de aconselhamento pastoral.

3.4.1.1.1 *Intervenções indesejáveis*

Não basta somente a boa vontade. Com boa vontade e no afã de ajudar o outro pode se incorrer em graves erros, especialmente num tipo de relação, hoje rejeitada, onde de um lado existe um poço de sabedoria e do outro um vaso vazio que precisa ser *recheado de bons conselhos*. Nem todos os conselhos são prejudiciais, mas muitos não ajudam em nada.

Trata-se aqui de ponderar sobre ações que podem interferir negativamente no processo de Aconselhamento, apontadas por Isidor Baumgartner:²⁸

Confronto com situações objetivas:

Frequentemente se pretende *consolar* a pessoa mostrando como seu problema não existe, pois "a coisa não é bem assim". Isidor Baumgartner cita um exemplo hoje muito comum. Inúmeras pessoas se queixam de solidão. É inútil, ou melhor, prejudicial querer convencer que a pessoa não está só, citando as inúmeras pessoas com as quais ela convive. A solidão é uma experiência pessoal e sentida desta forma e assim deve ser captada pelo aconselhador. Não se trata do fato em si, mas da interpretação do fato. Hoje é frequente a solidão no meio da multidão, decorrente do anonimato que se estabeleceu nos tempos de hoje. Não se tem o direito de emitir juízo sobre uma situação vivida e experimentada pelo outro, pois, na maioria das vezes, não se tem conhecimento de todos os fatores e acontecimentos pessoais relacionados ao problema.

²⁸ BAUMGARTNER, 1992, p. 87.

Imposição de soluções:

Um dos maiores erros que se pode fazer é impor uma solução a partir do ponto de vista do aconselhador. Os portadores de transtornos mentais são as principais vítimas deste erro. Consideradas por longos anos como pessoas menos pessoa do que as demais, facilmente se lhe tira a autonomia e se lhe impõe soluções. As soluções que a pessoa não consegue encontrar por si mesma, ela também não consegue cumprir. No entanto, não se pode exagerar no otimismo, pois dependendo do grau de transtorno mental, a pessoa precisa de mais ou menos ajuda, mas há sempre uma maneira de ser ativo na busca de respostas e soluções.

Soluções boas para um, necessariamente não são boas para o outro. Ao impor uma solução, o aconselhador assume uma responsabilidade que não lhe compete. Além disso, soluções fáceis criam dependência e não convocam o interlocutor a administrar sua própria vida, com liberdade e autonomia.

Uma solução pronta dada pelo aconselhador exerce pressão sobre o interlocutor, uma vez que este pode sentir-se obrigado a colocá-la em prática, o que ele nem sempre consegue. Por outro lado, ela facilmente é confundida com uma regra moral a ser seguida fielmente sem questionamentos.

O aconselhador precisa compreender que a teoria é apenas um suporte para a solução de problemas, mas que a solução parte da vida e é para a vida.

Generalização:

Generalizar e comparar são atos que se configuram em erros, em se tratando de educação e aconselhamento. Colocar diante do outro uma série de situações similares às suas, lhe apresentando pessoas que em tais situações superaram suas dificuldades, pode parecer útil, porém, quem quer ser um entre muitos? Quem busca auxílio quer ser uma pessoa *especial* levada individualmente a sério. Além disso, tal comparação pode suscitar no paciente um profundo sentimento de inferioridade. – Como todos conseguiram e eu não?

Este é um ponto delicado da ação pastoral. O aconselhador deve poder responder por tudo o que ele fala a respeito de situações tão melindrosas. Falar nem

sempre é a melhor maneira para a pessoa compreender conceitos religiosos, ainda mais em situações em que estes fazem parte da própria patologia.

A interferência de uma ação pastoral, de um aconselhamento inadequado, pode trazer danos para a pessoa, entendendo-se, assim, a falta de espaço que profissionais na área de Saúde Mental por vezes oferecem às expressões religiosas, mesmo que reconhecidamente pertença a uma dimensão essencial do ser humano.

3.4.1.1.2 Falsas promessas

Infelizmente não é raro encontrar pessoas que, por ingenuidade religiosa ou até mesmo por má fé, prometem ou vendem *curas milagrosas*. A fragilidade das pessoas em tais situações as torna vulneráveis e presas fáceis de serem conquistadas. A subjetividade e a busca desesperada por soluções não permite que questionem e ponderem mais seriamente a oferta que lhes é feita.

Embora nos últimos anos, tanto no campo teológico como na área da Saúde, se interprete a questão de forma diferente, ainda hoje permanece a questão da cura como uma ausência total da patologia e não um bem estar integral – como a Organização Mundial da Saúde a define – que pode incluir uma patologia. É o saber viver com ela, administrar de tal forma a vida que não seja ela a definir tudo na vida. No campo da Saúde Mental, esta questão é ainda mais delicada. A vulnerabilidade das pessoas para as questões religiosas é grande e por isso possíveis de serem manipuladas.

Na ânsia de encontrar a cura certa e rápida pessoas buscam *ajuda fácil*. Os milagres prometidos acabam não acontecendo e elas entram em conflito: Até que ponto crer num Deus que realiza *milagres*, até que ponto buscar o auxílio da medicina? Outras vezes estes fatos são o trampolim para buscar auxílio batendo de porta em porta em diferentes denominações religiosas, sem, contudo, encontrar uma solução *mágica* para o problema.

Hoje é comum encontrar grupos religiosos que procuram instrumentalizar os meios de que dispõem em benefício de soluções rápidas e fáceis, prometendo uma cura certa e quase que instantânea. Reduzem-se, muitas vezes, as ações pastorais à bênção com imposição das mãos e à apresentação da Eucaristia como *remédio* concorrente da medicina tradicional. Exclui-se assim, a cura dentro de um autêntico processo de salvação e libertação.

3.4.2 A práxis: Espaço de experiência do sagrado e crescimento interior

O ser humano é construtor e protagonista de sua própria história. No entanto, há situações-limite nas quais ele precisa de uma ajuda amiga ou de um profissional específico para trilhar seguramente seu caminho. Às vezes mais, outras menos, o importante é que ele seja beneficiado com a ajuda que torna possível o seu pleno desenvolvimento. Os tratamentos clínicos, as diversas terapias complementares – Musicoterapia, Terapia Ocupacional entre outras – que surgiram graças aos estudos e às reflexões das diversas Ciências Humanas – são meios eficazes que possibilitam aos portadores de transtornos mentais a terem qualidade de vida e possibilidade de recuperação. Igualmente é importante para que possam expressar-se, manifestando assim todo seu potencial, adormecido muitas vezes por um estilo de vida que lhe é imposto, desconsiderando seu *ser pessoa especial* capaz de realizar atividades e de assumir responsabilidades compatíveis com sua situação. Enfim, devem ter a possibilidade de ser pessoa capaz de relacionamentos em busca constante de felicidade e realização pessoal.

O aconselhamento pastoral na área da Saúde Mental tem como primeira e grande missão contribuir para que o Reino de Deus aconteça junto aos portadores de transtornos mentais e todos os que estão envolvidos no seu convívio e no seu processo de tratamento. O aconselhamento pastoral, inserido numa dimensão maior de Pastoral, que por sua vez tem caráter eclesial, tem a missão de oferecer oportunidades para que o paciente descubra seu sentido de vida, garantindo o espaço propício para que o paciente professe sua fé na Transcendência, contribuindo para que conceitos e experiências no campo religioso sejam devidamente ponderados e respeitados por todos os profissionais, trazendo ao paciente tranquilidade e paz interior, favorecendo assim sua relação com Deus.

A Pastoral, bem como os demais segmentos envolvidos no tratamento, deve estar ciente das diferentes situações em que o paciente se encontra, suas respostas individualizadas e as suas implicações para a intervenção.

Helga Lemke, retomando a reflexão de Karlheinz Engelhardt, aponta para cinco diretrizes, cujo conhecimento é útil para uma intervenção adequada e eficaz²⁹:

²⁹ LEMKE, Helga. *Personzentrierte Beratung in der Seelsorge*. Colônia: Kohlhammer, 1995, p. 86.

1. Cada ser humano vive sua patologia de forma diferente e reage de acordo com sua própria experiência.
2. Cada um tem condições bem diferentes para assimilar a sua patologia e integrá-la em sua vida.
3. Com o começo de uma patologia a pessoa sente uma ameaça, que tanto maior quanto mais a patologia durar.
4. Patologias crônicas significam a presença contínua de um "parceiro" que atormenta.
5. Uma compreensão da situação e da reação por vezes não "normal" do paciente é possível só em parte, pois o paciente e o que tem Saúde vivem numa realidade diferente.³⁰ (tradução nossa)

A Pastoral deve partir destes princípios, baseados na reação espontânea e natural de cada pessoa, porém, não pode esquecer que a fé e a religiosidade podem também delinear reações diferenciadas, de acordo com a posição que ocupam na vida da pessoa. Assim sendo, no aconselhamento pastoral deve-se procurar identificar conceitos religiosos dos quais a pessoa faz uma leitura e procura integrar esta nova realidade em sua vida. É importante se o Deus em quem o paciente acredita é um Deus que ouve ou é um ser distante; leva-nos a sério ou não se importa; é misericordioso ou condena; é tolerante ou se enfurece; ama ou se encoleriza.

Cabe também diferenciar a situação de uma pessoa com patologia previsivelmente temporária daquela que se depara com uma patologia crônica. Em Saúde Mental, se repetem os casos crônicos, ou ao menos, os que exigem um constante cuidado para evitar novas crises e poder administrar a vida de forma tranquila. O aconselhamento pastoral deve ser um aliado do tratamento proposto pelos profissionais. Em conversa com pacientes que retornam para tratamentos psiquiátricos, anteriormente já controlados, constata-se mais e mais que grande número de recaídas na área de Psiquiatria se deve à intervenção indevida de algum líder religioso que promete *cura milagrosa* através de rituais da fé e sugere a interrupção de tratamento clínico em curso. A Pastoral, nomeada como aconselhamento pastoral, uma vez integrado numa ação comum de toda a

³⁰ 1. Jeder Mensch erlebt seine Krankheit anders und verhält sich entsprechend anders.
 2. Jeder Mensch hat ganz unterschiedliche Bedingungen, seine Krankheit zu verarbeiten und sie in sein Leben zu integrieren.
 3. Mit dem Einbruch der Erkrankung gerät der Mensch in eine Bedrohung, die um so größer wird, je länger die Erkrankung anhält.
 4. Chronische Krankheit bedeutet ein ständiges Gegenüber, einen quälenden, konitnuirlich anwesenden "Partner".
 5. Ein Einfühlen in die Situation und in die mitunter abnorme Reaktion des Kranken ist nur bedingt möglich, denn beide, der Erkrankte und der Gesunde leben in einer anderen Wirklichkeit.

instituição, deve favorecer uma posição positiva diante do tratamento, tornando-se assim um aliado do processo de recuperação.

A primeira e principal condição para o aconselhamento pastoral cristão libertador é partir da sua essência: o Evangelho. Cristo nos chama a atenção para o amor ao próximo incondicional, sem discriminação. Ele acolheu justamente aqueles que a sociedade desprezava. Deu com isto a grande lição de respeito à dignidade humana como um direito de todos. Outra lição de grande significado é que *peessoas especiais* necessitam de *amor e dedicação especiais*. *Levanta-te!* Por mais paciente e limitada que a pessoa pudesse estar, Jesus confiou no seu potencial. Em nenhum caso ele pediu que os outros *vivessem por ela*. Ele sempre apontou para um potencial escondido que permite a pessoa construir a sua história da melhor maneira possível. O problema da humanidade e para a humanidade é que foram elaborados refinados conceitos de realização pessoal, de perfeição, de felicidade que excluem a possibilidade de *vida plena* para quem não se enquadra em moldes preestabelecidos, geralmente construídos sobre os alicerces do *ter e poder*, desconsiderando o *ser*.

Viktor Frankl aponta para importantes fatores que podem intervir de forma negativa na relação com os portadores de transtornos mentais, afastando-se sempre mais dos princípios do Evangelho:

O indivíduo incuravelmente psicótico pode perder sua utilidade, mas conservar a dignidade de um ser humano. Este é meu credo psiquiátrico. Sem ele, para mim não valeria a pena ser psiquiatra.
[...] O ser humano não é uma coisa entre outras; *coisas* se determinam mutuamente, mas o *ser humano*, em última análise, se determina a si mesmo. Aquilo que ele se torna – dentro dos limites dos seus dons e do meio ambiente – é ele que faz de si mesmo³¹

O aconselhamento pastoral deve se distinguir pelo respeito e promoção da dignidade humana. Deve abrir novos horizontes entre os últimos dos últimos na perspectiva da atual sociedade, muitas vezes escondidos atrás de muros das instituições e cuja presença na vida social, tida como *normal*, é muito reduzida.

Não há receita para se conduzir uma conversa libertadora com o interlocutor. Não há como dar muitos conselhos para dar certo. Um verdadeiro encontro entre duas pessoas acontece em função da individualidade de cada um, considerando-se as reações espontâneas, as emoções e modo de pensar.

³¹ FRANKL, 2003, p. 31. p. 114.

Libertação é o motivo unificador do estilo de vida cristão. O Evangelho experimentado como boa-nova sempre que liberta e capacita as pessoas para realizar o sonho e a intenção de Deus de que tenham vida em abundância. [...] O motivo unificador dos diversos movimentos de libertação ao redor do planeta é a insistência em que todas as pessoas tenham uma oportunidade de descobrir e desenvolver o máximo de possibilidades de que dispõem.³²

Quem se propõe a desenvolver as possibilidades observará que elas são muitas e que, depois de vencida a teoria alicerçada na visão de que o ser humano é essencialmente determinado pelo ambiente e/ou pela genética, (Behaviorismo) é possível contribuir eficazmente para a realização pessoal e comunitária daquelas pessoas que anteriormente não passavam de um *peso morto* para a sociedade.

Quando se pretende oferecer uma oportunidade de aconselhamento pastoral para pessoas que não tem condições de solicitá-la formalmente, corre-se o risco de invadir o espaço alheio. Não há regras para orientar o aconselhador, mas este deve ter o tato afinado para perceber a situação de cada paciente. Daí mais uma vez a necessidade de se ter algumas habilidades básicas, que não se consegue adquirir por estudos e leituras de livros, por mais que o conhecimento possa ajudar na formação continuada. Há momentos em que a própria circunstância nos avisa que é hora de se afastar, especialmente quando se faz necessária uma intervenção do corpo clínico do hospital. Os gestores e demais profissionais envolvidos no processo podem dar dicas importantes sobre a situação dos pacientes no momento da visita de um aconselhador. A experiência revela que não se pode adentrar numa unidade hospitalar psiquiátrica – e de qualquer outra natureza - sem uma conversa prévia com os profissionais que estão em contato direto e permanente com os pacientes, mesmo que se tenha uma hora e um local definido em termos de organização de Pastoral.

Muito se tem falado de um retorno ao sagrado e que são hoje identificadas diversas formas de retomar a experiência com o ser Superior/Absoluto. Parece até como que um protesto a um vazio existencial generalizado instaurado através da busca desenfreada de bens e valores secundários. O bem maior, o último sentido da existência humana, tem sido descuidado.

³² CLINEBELL, John Howard. *Aconselhamento pastoral. Modelo centrado em libertação e crescimento*. 4. ed. Tradução de Walter O. Schlupp e Luis Marcos Sander. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2007. P. 27.

3.4.2.1 O Aconselhamento Pastoral e a experiência do Sagrado e da Fé.

O presente trabalho propõe abordar a experiência humana primária como uma experiência de sagrado, sem considerar os altos e baixos da presença do sagrado, da espiritualidade, da religiosidade na vivência da sociedade como um todo.

Tratando-se de Saúde Mental, não se pode afirmar que o sagrado alguma vez tenha desaparecido por parte dos portadores de transtornos mentais. Menciona-se aqui da percepção do sagrado como *experiência primária*, isto é, *inerente ao ser humano*. Entende-se que há uma experiência humana primária não necessitada de sistematizações que permitem ao ser humano o contato com o sagrado. Desta forma, entende-se porque pessoas em situação-limite se relacionam de forma reverente perante o *outro* que para elas representam o sagrado, como é o caso da assistência espiritual numa instituição de Saúde Mental, e assinalam com o próprio comportamento seu respeito quando adentram uma capela ou se encontram numa roda de oração. Isto é, sobretudo, verdadeiro quando se dá com pessoas portadoras de transtornos mentais classificados como graves pelos profissionais da Saúde. O inverso também acontece. Pode haver fuga de ambientes com conotação religiosa e sagrada. Isto também é uma forma de se comunicar do portador de transtornos perante aquilo que o remete ao sagrado.

A experiência primária do sagrado é um desafio para o aconselhamento de pastoral, campo da Saúde Mental, ou em caso de outras deficiências, mesmo que haja limitação quanto à integração num determinado grupo religioso, sistematização de verdades fundamentais de uma determinada comunidade de fé.

A comunidade de fé cristã tem, por isso, responsabilidade para garantir esta experiência, seguindo o exemplo de Jesus, que se fez humano, tocando com sua humanidade toda a Humanidade.

Para a situação-limite extrema não se pode pretender uma sistematização acerca do mistério do sagrado, mas, sobretudo, proporcionar uma experiência do sagrado através de gestos plenamente humanos, por isso, tão divino. O sorrir, o toque, a presença são, então, sinais experienciáveis do sagrado.

Jesus, conhecedor do ser humano em todas as condições, falou entre os doutores e ao mesmo tempo, se fez presente na vida do povo através de sinais

extremamente simples, o que fez as multidões acorrerem a ele. O que elas teriam visto de tão extraordinário? Talvez de tanto valorizarmos os milagres de caráter *mágico*, tenhamos esquecido os autênticos milagres promovidos pelos gestos humanos tão singelos e concretos que deixam marcas de divindade, de sagrado entre os humanos. A cena de cada milagre, de cada sinal realizado por Jesus, está repleta de gestos e simbologias que remetem ao sagrado.

A experiência do sagrado dispensa conceitos e fórmulas mágicas. Ela acontece em situações simples, próximas do ser humano, perceptíveis aos sentidos, mas que remetem, por isso mesmo, à transcendência.

O desencadear de uma crise, especialmente quando inclui elementos religiosos deveria ser identificado e acompanhado em primeiro lugar na própria comunidade de fé. Daí a importância de as Igrejas estarem próximas de seus fiéis e a comunidade, em geral, oferecer ajuda efetiva, orientação sólida e encaminhamento adequado para as instâncias próprias de cuidados nesta área.

Quanto mais a pessoa e a direção de sua vida forem afetadas pela insegurança, a dúvida, perda da fé, falta de orientação a partir da vivência religiosa, tanto maior o perigo de estas resultarem numa crise vital, sem precedentes e de difícil tratamento no campo da clínica psiquiátrica. Cada pessoa reage de forma diferenciada perante sua fé e suas convicções na relação com sua história de vida, portanto, também das múltiplas experiências de limitação e necessidade de cuidados especiais.

Ao abraçar a causa dos necessitados da comunidade, os cristãos devem, em primeiro lugar, fundamentar suas ações no Evangelho e, seguindo o exemplo do próprio Cristo, ultrapassar as barreiras que a sociedade impõe através de inúmeras formas de preconceitos, para efetivamente promover a pessoa como ser humano e como Filho de Deus.

Os cristãos hoje, ao superar os preconceitos a partir de sua fé, tem condições de identificar a sua missão de levar a Boa Nova aos pequeninos do Reino, portanto, para os portadores de transtornos mentais, quer estejam no seio da família ou internos em alguma instituição hospitalar psiquiátrica ou ainda instituição alternativa.

Urge que as Igrejas leiam e releiam a sua história – especialmente quanto às formas de integrarem em suas fileiras os portadores de transtornos mentais - no

intuito de promover a dignidade daqueles que são os merecedores primeiros de especial atenção e cuidados da sociedade.

Os portadores de transtornos mentais, como pessoas com necessidades específicas, dão inúmeras lições de humanidade e sensibilidade, as mesmas que Jesus tentou infundir no coração de seus seguidores.

3.4.2.2 Pistas de ação: Organização e implementação do aconselhamento pastoral.

O desafio do aconselhamento pastoral numa instituição de Saúde Mental pressupõe alguns requisitos essenciais para a organização e manutenção deste serviço.

a. Organizar o trabalho a partir de uma instância interna.

Visto que o atendimento espiritual é um direito do paciente e a partir da experiência realizada, sugere-se que haja um instância - o Serviço de Pastoral - constituído como um setor institucional tendo, pelo menos, um profissional contratado. Parece um tanto formalizado demais num país onde a pastoral da Igreja, no caso aqui contemplado – a Igreja Católica – é concretizada em grande parte por voluntários. O acordo da Igreja Católica e o Vaticano (2008) reafirma a ação eclesial como uma ação voluntária.

No entanto, quando realizado numa instituição onde há uma filosofia própria, fluxos e códigos de conduta, espaços fechados para os fins da instituição, é necessário estar inserido integralmente neste sistema a fim de atuar a partir do seu interior, do seu coração e não como um *corpo estranho*.

b. Identificar e preparar os aconselhadores.

O Setor de Pastoral é o centro de onde se organizam e animam as atividades de caráter religioso-espiritual. Entende-se que não haverá uma equipe interna ampla, mas um suporte de uma ou duas pessoas – dependendo do porte. Todas as ações, também de aconselhamento pastoral, são realizadas por pessoas voluntárias (em poucos casos remunerados).

A preparação inclui um curso prévio de formação na área. Deve-se incluir nesta formação temas como: abordagem do paciente, a realidade da Saúde Mental – incluindo estrutura física, humana, administrativa -, as patologias em Saúde Mental, posturas básicas para o estar numa instituição de Saúde Mental.

Faz ainda parte deste processo de preparação conhecer a instituição previamente.

Deve-se fazer a proposta de atuação neste primeiro momento a fim de que o futuro aconselhador possa decidir-se também em função da proposta:

São alguns dos elementos desta proposta:

- Expectativas da instituição quanto à ação do aconselhador;
- Possibilidades da continuidade da formação específica;
- Natureza e filosofia da instituição;
- Possibilidades de atuação quanto a tempo, horários, espaços...

c. Formar a equipe de aconselhadores

Quando se forma a primeira equipe é preciso ficar atento quanto ao número de participantes. É importante que se possa acompanhar a atividade, o que inicialmente requer maior atenção e tempo. Assim, é preciso estabelecer um limite bom para ambos os lados.

Ao formar a equipe é preciso ficar claro, também para os interessados, o que será exigido na continuidade em termos de comportamento, continuidade da formação.

Sempre é preciso fazer uma *seleção* considerando-se as reais intenções de quem se propõe a realizar o aconselhamento pastoral, quando tem caráter voluntário.

Ao tratar-se de aconselhamento pastoral é importante considerar a motivação primeira que levou a pessoa a se decidir por esta ação.

Como pessoa vocacionada, esta deve perceber-se como pessoa, como ser humano com dignidade, com sentido de vida. Aceitar-se, estar reconciliado consigo mesmo é fundamental para manter, também em ambiente adverso, a saúde mental, psíquica e espiritual.

O aconselhador é um mensageiro de Cristo, acima de tudo por seu modo de ser e estar numa instituição. É importante que em tempos de protagonismo,

autonomia do paciente, de respeito pela dignidade, ele deve ter habilidades próprias para, pelo aconselhamento, ponderar o interlocutor para o exercício da cidadania. Assim, ele se torna importante aliado do processo de reintegração social, hoje necessitado de grande impulso para que possa ampliar-se e atender todos os pacientes.

É comum pretensos aconselhadores manifestarem o desejo de integrar-se numa equipe de aconselhamento pastoral, no entanto, com segundas intenções. Entendemos como *segundas intenções* aquelas em que o voluntário em Saúde Mental procura benefícios pessoais como: conseguir consultas mais facilmente, adentrar a instituição no intuito de participar de processo seletivo, fuga de problemas pessoais. É comum identificar pessoas que se propõe a atuar como aconselhadores voluntários como forma de conquistar um espaço para o proselitismo religioso.

Considera-se aqui também importante o próprio comportamento/maneira de ser do aconselhador. Ex.: pessoas por natureza agitadas transmitem isto aos pacientes.

Conclui-se, por isso, ser necessário considerar estes e outros aspectos, não bastando uma preparação teórica e a presença da boa vontade.

d. Tornar conhecidos os critérios institucionais para a realização do Aconselhamento Pastoral.

A instituição coloca os critérios de ação segundo sua dinâmica interna, a missão, e relevância do aconselhamento pastoral. Há ainda alguns fluxos a considerar: o local e pessoa de contato prévio, o tratamento a confidências que podem ter consequências para o setor, o processo de tratamento, como por exemplo, a posse de objeto perigoso (como inflamáveis), intenção expressa de suicídio, fuga, entre outros.

É preciso estar claro para o aconselhador como deve proceder no sentido dos critérios institucionais.

O aconselhador deve ter bem claro os limites e as possibilidades de sua atuação e métodos próprios. Por exemplo, a aplicação de métodos incompatíveis com a filosofia da instituição. Isto é especialmente delicado quando se trata de uma instituição denominacional.

e. Estabelecer plano de formação permanente para os aconselhadores.

Entende-se aqui a ação de aconselhamento numa instituição de Saúde Mental pública, por isso, carente de recursos. Por isso, este serviço tem seu elo dentro da instituição através do serviço organizado de Pastoral, mas é um serviço voluntário. Nem sempre pessoas preparadas estão dispostas a se doar, e constata-se, em geral, o despreparo para esta ação, precisando, por isso, *capacitar os escolhidos*.

É importante que este plano contextualize a Saúde Mental, considere o sistema de Saúde, as estruturas físicas e humanas onde o aconselhador atua. A formação inicial é pouca quando comparada com as exigências do serviço de aconselhamento numa instituição de Saúde Mental.

As necessidades se revelam na dinâmica do dia a dia da ação de aconselhamento.

f. Implantar o serviço de Aconselhamento Pastoral

A implantação deve-se dar em sintonia com a Direção da instituição e a equipe de gestores e multiprofissionais. Entre estes, é possível que haja profissionais que não tenham afinidade com as questões religiosas e espirituais e podem interpretar a presença dos aconselhadores de pastoral como um perigo de ingerência na sua própria área. A finalidade e modo de fazer aconselhamento pastoral precisam estar muito claros para todos. Daí a importância de ter um colaborador contratado. É ele que no dia a dia da instituição, estando continuamente presente nos diversos setores, identifica a maneira de pensar e acolher propostas novas, no caso também da espiritualidade.

É preciso estabelecer, em sintonia com os colaboradores do setor, horário, nome da pessoa e atividades a serem realizadas. Também os fluxos devem estar claros para todos os envolvidos, tais como: a quem se dirigir na chegada à instituição, quem acompanha *in loco*, espaço, horários (trata-se aqui do horário em que o aconselhador está na instituição).

É preciso estabelecer o cumprimento das normas de atuação de acordo com a orientação jurídica, como: Termo de Adesão.

g. Criar uma identidade própria

A identificação não é apenas uma questão de segurança interna. É, sobretudo, uma identidade. A identificação deve atender a linguagem universal do ser humano e não apenas aos alfabetizados.

Considerando a experiência, é aconselhável usar jalecos de cor própria, nome bem legível, com a descrição do setor a que o aconselhador se reporta internamente, no caso sugerido, da Pastoral.

Não convém mudar com frequência elementos desta identificação. Os pacientes fazem associações destes elementos com a atuação dos aconselhadores. Para preservar esta identidade é aconselhável que o aconselhador se retire discretamente quando uma ação clínica se faz necessário, pois a sua identificação associada a uma intervenção indesejada para o paciente pode associá-lo ao aconselhador, caso esteja num ambiente muito próximo.

h. Acompanhar e supervisionar a ação

O foco do acompanhamento é em primeiro lugar a qualidade do serviço de aconselhamento pastoral. A partir de reflexões em comum sobre relatos, *feedbacks* da equipe multiprofissional, pode-se avaliar e conferir maior qualidade ao aconselhamento pastoral. Pode-se considerar, entre outros: conteúdos, resultados, relações interpessoais, condutas, fluxos e combinados estabelecidos. A supervisão garante que a atividade seja realizada de acordo com a filosofia da instituição, não sofra interferências externas negativas e identifica a linha a ser adotada na continuidade da formação específica para esta atividade.

O acompanhamento não é fiscalização, mas uma forma contínua de levantar desafios para o aprimoramento da ação de aconselhamento pastoral. É também um suporte para o aconselhador, que também necessita continuamente se revigorar na fonte para não esmaecer. Este pode também receber orientação quanto à busca pessoal de superação e crescimento interior a partir de uma ação em situação-limite.

i. *Preservar a intimidade*

A confiança do paciente ou a falta de limites por causa da própria patologia facilmente rompe a territorialidade do aconselhador. Isto se manifesta tanto pela proximidade física como pelo conteúdo do discurso.

De um lado é preciso manter a distância necessária e saudável, de outro, é preciso ter um cuidado especial com as informações de caráter pessoal. É preciso filtrar e pensar nas consequências de uma tal atitude. A relação aconselhador – paciente deve restringir-se aos limites da instituição.

Um fato real aponta para possibilidades neste sentido. O paciente se evadiu da instituição e apareceu poucas horas depois diante da residência particular do aconselhador. Tal fato aponta para a necessidade de estabelecer limites também em relação às informações que, porventura, o paciente possa requerer.

j. *Participar em outras atividades da instituição*

O aconselhador – quando voluntário ou externo à instituição – sempre tem o espaço de atuação bem delimitado. Ele não pode adentrar em outros ambientes por diversos motivos, entre outros: segurança interna, competências específicas. Tanto mais importante é ele participar de atividades abertas: lúdicas, artísticas, campanhas, entre outras atividades. Desta forma, ele consegue perceber melhor a dinâmica da instituição, o comportamento dos pacientes, as interações de pacientes, colaboradores, familiares. Isto pode fornecer importantes elementos para um aconselhamento pastoral assertivo, considerando-se os paradigmas reinantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cresce o número de pessoas necessitadas de ajuda no campo da Saúde Mental. Não há consenso sobre a causa, mas pode-se afirmar que não há uma única causa. A vida complexa dos seres humanos e a história da Saúde Mental trazem consigo uma carência de oferta de programas eficientes de aconselhamento pastoral, com pessoas competentes. Através do oferecimento de programas de capacitação diminuiria significativamente o tempo de internações em instituições de Saúde Mental. Grande parte das crises poderia ser contornada fora dos hospitais, especialmente as patologias relacionadas às questões religiosas.

São poucas as Igrejas cristãs com serviço de Aconselhamento Pastoral sistematizado e organizado. Um atendimento mais amplo neste nível – com fundamento e qualidade.

É louvável acolher no aconselhamento pastoral os conhecimentos das diversas Ciências Humanas na busca de um atendimento mais adequado e eficaz. É importante que a Pastoral não se desvie de sua missão primordial de Evangelização, na ação do sacerdócio comum de todo o cristão. Caso contrário, ela pode se tornar extremamente profissionalizante procurando entender sua missão baseada no sucesso e não mais na tarefa de serviço gratuito à vida no espírito do Evangelho. As teorias e técnicas cientificamente comprovadas podem dar mais segurança, mas não constituem a essência de uma Ação Evangelizadora. Conhecimentos científicos e processos terapêuticos, portanto, não podem se tornar conteúdo do Anúncio.

A Evangelização em aconselhamento pastoral deve centralizar-se em Cristo e ser vivenciado de *pessoa a pessoa*, pela transmissão através da palavra encarnada e da ação.

A maior ação, porém, pela qual se pode anunciar Cristo pobre e humilde que se inclina perante os pequenos do Reino, Ihes estende as mãos, e os levanta para

trilharem seu próprio caminho, para descobrirem o sentido último de sua vida, enfim, para cumprirem sua missão, se dá, em Saúde Mental, sobretudo, pela presença. Ser presença junto ao portador de transtornos mentais é, em alguns casos, a única forma de se aproximar do paciente, mas não é menos efetiva e menos importante do que todas as outras ações.

Ser presença significa, em primeiro lugar, tornar Deus presente. Daí a insistência de uma ação a partir de uma mística e uma espiritualidade própria que permitem passar ao outro um pouco daquilo que se experimenta no fundo do coração: a presença de um Deus de amor, de ternura e misericórdia.

Para o aconselhador, a ação de aconselhamento significa o encontro com o outro. Este outro deve ser acolhido como é, sem reinventá-lo segundo *a nossa imagem e semelhança*.

O aconselhador deve ser um vocacionado para sua ação de aconselhamento. No espírito cristão, deve distinguir-se pela disponibilidade e confiança, gratuidade e doação, escuta e silêncio, capacitado para o anúncio.

A indicação de algumas pistas de atuação para organizar e implantar um serviço de aconselhamento pastoral em instituições de Saúde Mental é inconsistente se for considerada a complexidade desta Área. No entanto, trata-se de apontar alguns importantes elementos para se iniciar esta atividade numa instituição hospitalar, onde se supõe uma construção conjunta de ampla e consistente formação dos aconselhadores, contemplando uma participação ativa de agentes de pastoral, direção hospitalar e equipe multiprofissional.

A organização em sua estrutura mais consistente acontece somente com esta construção a médio prazo. A proposta é que não se *aguarde* um estado ideal para dar início, pois este, devido às atuais estruturas, pode não acontecer.

No entanto, é importante considerar com responsabilidade alguns critérios básicos que apontam para o aconselhamento pastoral como forte aliado no processo terapêutico. Ao mesmo tempo, insiste-se neste trabalho nas características próprias do aconselhamento e todo o serviço pastoral, distinguindo-os de qualquer intervenção terapêutica.

REFERÊNCIAS

A BIBLIA de Jerusalém. Revista e ampliada. São Paulo: Paulus, 2002.

BAUMGARTNER, Isidor. *Heilende Seelsorge in Lebenskrisen*. Düsseldorf: Patmos, 1992.

_____. (Hrsg.) *Handbuch der Pastoralpsychologie*. Regensburg: Friedrich Pustet, 1990.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano. Compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CATECISMO da Igreja Católica. São Paulo: Loyola. 1999.

CELAM. *Guia da Saúde Pastoral para a América Latina e o Caribe*. São Paulo: Loyola, 2000.

CLINEBELL, John Howard. *Aconselhamento pastoral. Modelo centrado em libertação e crescimento*. 4. ed. Tradução de Walter O. Schlupp e Luis Marcos Sander. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2007.

DANON, Marcella. *Counseling, Uma nova profissão de ajuda*. Curitiba: Iates, 2003.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda. *Habilidades Sociais Cristãs*, Petrópolis: Vozes, 2003.

FRANKL, Viktor. *Em busca de Sentido*. 17. ed. São Leopoldo, Sinodal. 2003.

_____. *Um Sentido para a Vida*. 10ª ed. São Paulo: Santuário, 1989.

FRIESEN, Albert. *Cuidando do ser: treinamento em aconselhamento pastoral*. Curitiba: Esperança, 2000.

LEMKE, Helga. *Personzentrierte Beratung in der Seelsorge*. Köln: Kohlhammer, 1995.

MEZZOMO, Augusto. *Humanização Hospitalar*. Petrópolis: Vozes, 2003.

- MÜLLER, Jörg. *Und heilt alle deine Gebrechen*. Stuttgart: Steinkopf, 1989.
- NAUER, Doris. *Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger im Psychiatrischen Krankenhaus?* Münster: Lit Verlag, 1999.
- OTTO, Rudolf. *O Sagrado*. São Leopoldo: Sinodal, 2007.
- PAES DA SILVA, Maria Julia. *Comunicação tem Remédio*. São Paulo: Gente, 1996.
- PAULO IV. *Octogesima Adveniens*. São Paulo: Paulinas, 1971.
- RIBEIRO, Hércion. *A Condição Humana e a Solidariedade Cristã*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- SANTOS, HUGO. *Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral*. Editora Aste.
- SCHIPANI, D. S. *O Caminho da Sabedoria no Aconselhamento Pastoral*. Tradução de Paul Tornquist. São Leopoldo: Sinodal, 2003.
- STOCKINGER, Rui Carlos. *Reforma psiquiátrica brasileira*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- TOMASI, Flávio Lorenzo Marchesini. *Ouro testado no fogo*. São Paulo: Paulinas, 2007.
- WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Jackson. *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix, 1967.