

A stylized illustration in shades of beige, tan, and grey. It depicts a woman's profile on the right, holding a large, light-colored flower in front of her face. Her hand is on the left, holding the stem of the flower. The background is a soft, warm gradient.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Camila Motta Paiva

**Corpo, mente e coração: saúde mental  
de mulheres muçulmanas brasileiras**

RIBEIRÃO PRETO-SP

2022

CAMILA MOTTA PAIVA

# **Corpo, mente e coração: saúde mental de mulheres muçulmanas brasileiras**

Versão corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,  
Ciências e Letras de Ribeirão Preto como  
parte das exigências para a obtenção do título  
de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia, Processos  
Culturais e Subjetivação

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Francirosy Campos  
Barbosa

RIBEIRÃO PRETO-SP

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Imagem da capa: Shutterstock.com

ID da imagem vetorial stock livre de direitos: 1964195713

Paiva, Camila Motta.

Corpo, mente e coração: saúde mental de mulheres muçulmanas brasileiras, 2022.

283 p.

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia, Processos Culturais e Subjetivação.

Orientadora: Barbosa, Francirosy Campos.

1. Saúde mental. 2. Mulheres muçulmanas. 3. Sofrimento. 4. Islã.

Nome: Paiva, Camila Motta

Título: Corpo, mente e coração: saúde mental de mulheres muçulmanas brasileiras

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 31/01/2023

#### Banca Examinadora

Profa. Dra. Francirosy Campos Barbosa (orientadora)

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP)

Prof. Dr. Fábio Scorsolini-Comin

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. María de Los Ángeles Ramírez Fernández

Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

## AGRADECIMENTOS

*“Sonho que se sonha só é só sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade”.*

Primeiramente, agradeço à minha mãe, Roseli Motta. Exemplo máximo de determinação, minha mãe sempre me incentivou a sonhar - e a fazer por onde concretizá-los. Fonte de apoio inesgotável, fez-se colo e conforto nos muitos momentos em que deles precisei. Seu amor incondicional me trouxe até aqui e, sem ele, esse sonho compartilhado não teria se realizado. Obrigada, mãe, por absolutamente tudo.

À Profa. Dra. Francirosy Campos Barbosa, orientadora dessa pesquisa, agradeço imensamente pela confiança depositada em mim e no meu trabalho. Obrigada, Franci, por ter me permitido estar entre as *mulheres*, sentir os *perfumes* do campo islâmico e lá presenciar a doçura das *preces*; obrigada também por ter sido paciente e me fornecido o espaço necessário para que meu próprio *corpo, mente e coração* fizessem parte deste percurso, guiando-me. Sua dedicação ao estudo do Islã nos fascina e propulsiona. Sou grata pelo que aprendi com você, tanto sobre a academia como sobre a vida.

Lembro-me do meu primeiro dia de trabalho de campo na mesquita, quando um senhor muçulmano muito gentil me disse que eu rapidamente entenderia que *“o Islã é gota a gota, não é de colherada”*. Na sequência, ele apontava que estudar o Islã era trabalho para uma vida inteira, e que *“quem acha que sabe tudo”* sobre a religião é porque, na realidade, *“não sabe nada”*. O pouco que sei, aprendi no GRACIAS, o Grupo de Antropologia em Contextos Islâmicos e Árabes. Com humildade, estendo os meus agradecimentos a este grupo que me formou pesquisadora e que, não por acaso, já nasceu com a gratidão embutida no nome. Em especial, agradeço às admiráveis colegas Flávia Andrea Pasqualin e Ana Maria Ricci Molina, cujas contribuições certas muito me auxiliaram na construção deste estudo.

À Larissa Centofanti Lemos, agradeço pela sensibilidade e por todo o cuidado que sempre me dedicou. Obrigada, minha amiga tão querida, pelo compartilhamento das alegrias e das angústias que permearam nossas jornadas.

Agradeço aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Sônia Cristina Hamid, Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin e Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pela leitura minuciosa

que fizeram do meu texto e pelas discussões tão ricas na ocasião do exame. Os apontamentos de vocês, fundamentais para o refinamento teórico e metodológico do trabalho, também me deram confiança para seguir na caminhada.

À Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão, à Profa. Dra. Ángeles Ramírez Fernández, e novamente ao Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin, sinto-me honrada por tê-los em minha banca de defesa. Muito obrigada, muchísimas gracias, pela disponibilidade e pela generosidade.

Por ter acompanhado todas as etapas do meu percurso de amadurecimento acadêmico, intensifico meus agradecimentos ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos. Prestes a completar uma década de formada, vejo que o Prof. Manoel foi figura presente em uma boa parte desses anos: professor inspirador na graduação, foi membro da banca de defesa de minha dissertação de mestrado e de qualificação deste doutorado. Além da competência que o faz ser referência na Psicologia nacional, agradeço ao prof. Manoel pela postura tão sensível, tão humana.

A todos os docentes e demais colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, agradeço pela excelência ofertada.

Ao *sheikh* Mohamad Bukai, minha profunda gratidão pela forma gentil com que sempre me recebeu. Com carinho, carregarei comigo todos os seus ensinamentos.

Às interlocutoras, que abriram para mim os seus corações transbordantes de altruísmo e delicadeza, minha eterna gratidão pela solicitude e pela confiança. Deixo registrados os meus votos de que em cada trajetória continue existindo a oportunidade de se aperfeiçoar, e se refazer, e se reinventar, e florescer.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo financiamento concedido de março de 2021 até a finalização deste doutorado.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, através de um gesto, palavra ou intenção significativa, colaboraram com esta pesquisa.

*“Tu não acha que todo o mundo é doido?  
Que um só deixa de doido ser é em horas de  
sentir a completa coragem ou o amor?  
Ou em horas em que consegue rezar?”*  
(Guimarães Rosa, 1956/2019, p. 420).

## RESUMO

Paiva, C. M. (2022). *Corpo, mente e coração: saúde mental de mulheres muçulmanas brasileiras* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A religião é uma das formas mais tradicionais de explicar o mundo e dar sentido aos fenômenos da vida, incluindo os processos relativos à saúde e à doença. Apesar de sua centralidade, esta relação foi por muito tempo tomada como problemática pela Psicologia e por outras áreas adjacentes e, de forma geral, ainda hoje menor atenção é dada à religião nas pesquisas psicológicas sobre saúde mental. Em trabalho acadêmico anterior, constatou-se que experiências de sofrimento levam algumas mulheres a buscar novas concepções de mundo no sistema simbólico islâmico e que, após a reversão, esse sofrimento vai sendo (re)significado por meio das regras e rituais religiosos, visto que o Islã é entendido como um código de conduta que rege todas as áreas da vida de seus seguidores. Como se trata de uma religião prescritiva, cujas regras são entendidas como vindas de Deus para garantir a felicidade, a satisfação e a saúde dos seres humanos, supõe-se que a religião gera uma série de efeitos sobre a saúde mental de muçulmanos e muçulmanas. Por um lado, por ser uma religião minoritária, ainda cercada de estereótipos e preconceitos, é escassa a literatura sobre Islã e saúde mental no panorama acadêmico nacional. Por outro, discutir abertamente o tema é uma demanda entendida pelos-as próprios-as muçulmanos-as como necessária. Assim, o objetivo desta pesquisa é o de compreender as concepções e as experiências de mulheres muçulmanas brasileiras em relação à saúde mental. Para alcançar este entendimento, adotou-se para este estudo o método clínico-qualitativo. A primeira etapa da pesquisa envolveu a presença da pesquisadora em campo islâmico para apreender os discursos religiosos que ali circulavam sobre saúde, doença e sofrimento. Em fase posterior, para aprofundar o tema junto ao grupo de interesse, foram realizadas nove entrevistas abertas com mulheres muçulmanas brasileiras, além de entrevistas complementares com um *sheikh*, líder religioso islâmico, e com uma profissional de saúde mental que faz parte da comunidade muçulmana. Devido à pandemia de Covid-19, todas as interlocuções aconteceram em ambiente digital, por meio de plataformas como *Google Meet*, *Skype* e *WhatsApp*. Visto que os fenômenos estudados são complexos e demandam olhares ampliados, os dados foram analisados à luz de referenciais psicológicos, psicanalíticos e antropológicos, bem como de seus diálogos com os saberes tradicionais islâmicos. Os dados obtidos foram distribuídos ao redor de três eixos principais, cada qual agrupando um conjunto distinto de sentidos sobre a saúde mental, a saber: (a) a visão biomédica: sintomatologia, diagnósticos e intervenções; (b) a espiritualidade e a religiosidade como fontes de cuidado; (c) a dimensão sociopolítica do sofrimento. Além da religião, as interlocutoras acionaram outros marcadores que se interseccionam a ela, como raça, gênero e classe. Dessa maneira, trouxeram matizes ao tema, sinalizando como a saúde mental é ressignificada no Islã, pelo Islã e para além do Islã, e permitindo traçar um panorama que coloca em evidência quais são as questões mais urgentes que estão se manifestando dentro das comunidades muçulmanas no Brasil.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Mulheres muçulmanas. Sofrimento. Islã.



## RESUMEN

Paiva, C. M. (2022). *Cuerpo, mente y corazón: salud mental de mujeres musulmanas brasileñas* (Tesis de Doctorado). Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

La religión es una de las formas más tradicionales de explicar el mundo y dar sentido a los fenómenos de la vida, incluidos los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. A pesar de su centralidad, esta relación fue durante mucho tiempo tomada como problemática por la Psicología y por otras áreas similares y, en general, se presta poca atención a la religión en las investigaciones psicológicas sobre salud mental. En trabajos académicos previos se encontró que las experiencias de sufrimiento llevan algunas mujeres a buscar nuevas concepciones de mundo en el sistema simbólico islámico y que, luego de la reversión, este sufrimiento es (re)significado a través de reglas y rituales religiosos, ya que el Islam es entendido como un código de conducta que rige todos los ámbitos de la vida de sus seguidores. Por tratarse de una religión prescriptiva, cuyas normas vienen de Dios para asegurar la felicidad, satisfacción y salud de los seres humanos, se asume que la religión genera una serie de efectos sobre la salud mental de los musulmanes y musulmanas. Por un lado, como es una religión minoritaria, todavía rodeada de estereotipos y prejuicios, es escasa la literatura sobre el Islam y la salud mental en el panorama académico brasileño. Por otro lado, discutir abiertamente el tema es una demanda que los propios musulmanes sugieren como necesaria. Así, el objetivo de esta investigación es comprender las concepciones y experiencias de mujeres musulmanas brasileñas en relación a la salud mental. Para lograrlo, se adoptó para este estudio el método clínico-cualitativo. La primera etapa de la pesquisa implicó la presencia de la investigadora en campo islámico para aprehender los discursos religiosos que allí circulaban sobre la salud, la enfermedad y el sufrimiento. En una fase posterior, para profundizar el debate, se realizaron nueve entrevistas abiertas con mujeres musulmanas brasileñas, además de entrevistas complementarias con un *sheikh*, líder religioso islámico, y con una profesional de la salud mental que forma parte de la comunidad musulmana. Debido a la pandemia de Covid-19, las conversaciones ocurrieron en línea a través de plataformas como *Google Meet*, *Skype* y *WhatsApp*. Dado que los fenómenos estudiados son complejos y exigen una mirada más amplia, los datos fueron analizados a la luz de referencias psicológicas, psicoanalíticas y antropológicas, así como sus diálogos con los saberes tradicionales islámicos. Los datos obtenidos se distribuyeron en tres ejes principales, cada uno agrupando un conjunto distinto de significados sobre la salud mental, a saber: (a) la visión biomédica: sintomatología, diagnósticos e intervenciones; (b) la espiritualidad y la religiosidad como fuentes de cuidado; (c) la dimensión sociopolítica del sufrimiento. Además de la religión, las mujeres abordaron otros marcadores sociales, como la raza, el género y la clase. De esta manera, señalaron que la salud mental se resignifica en el Islam, a través del Islam y más allá del Islam, lo que permitió delinear un panorama respecto a los problemas más urgentes que se manifiestan en las comunidades musulmanas en Brasil.

**Palabras clave:** Salud mental. Mujeres musulmanas. Sufrimiento. Islam.

## ABSTRACT

Paiva, C. M. (2022). *Body, mind and heart: Brazilian Muslim women's mental health* (Doctoral Thesis). Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

Religion is one of the most traditional ways of explaining the world and giving meaning to the phenomena of life, including processes related to health and illness. Despite its centrality, this relationship has been understood as problematic by Psychology and other areas, and less attention is given to religion in psychological research on mental health. It was found in previous work that experiences of suffering may lead some women to seek new conceptions in the Islamic symbolic universe, and, after embracing religion, suffering is (re)signified through religious rules and rituals, since Islam is acknowledged as a complete code of conduct that governs all aspects of its followers' lives. As a prescriptive religion, whose rules come from God to ensure happiness, satisfaction, and health of human beings, it is assumed that religion could influence the mental health of Muslims. On the one hand, Islam, which is a minority religion in Brazil, still surrounded by stereotypes and prejudices, has been neglected from the national academic literature. On the other hand, Muslims themselves have been claiming the need for openly discussing the issue of mental health in Islam. Thus, this study aims to investigate Brazilian Muslim women's views and experiences on mental health. In order to achieve it, the clinical-qualitative method was adopted. The first stage of the research involved the presence of the researcher in the Islamic field to apprehend the religious discourses that circulates about health, illness and suffering. Then, to better understand the topic, a total of eleven interviews were conducted: nine with Brazilian Muslim women, one with a *sheikh*, an Islamic religious leader, and one with a mental health professional, herself part of the community. Due to the Covid-19 pandemic, all activities were performed online through platforms such as *Google Meet*, *Skype* and *WhatsApp*. Assuming the complexity of the issue, the data were analyzed by psychological, psychoanalytic and anthropological lens, and their articulation with Islamic traditional knowledge as well. The findings were divided into three main axes, each making reference to a distinct set of meanings about mental health: (a) biomedical model: symptomatology, diagnoses and interventions; (b) spirituality and religiosity as sources of mental healthcare; (c) the sociopolitical dimension of suffering. The interviewees triggered markers that intersect with religion, such as race, gender and class. This way, they pointed out how mental health is signified in Islam, through Islam and beyond Islam, drawing a panoramic view of the most urgent issues that need to receive more attention within the Brazilian religious communities.

**Keywords:** Mental health. Muslim women. Suffering. Islam.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	<b>12</b>
<b>PARTE I: CORPO</b> .....	<b>22</b>
<b>1. O <i>corpus</i> da pesquisa: da sexualidade à saúde mental</b> .....	<b>23</b>
1.1 O ponto de partida: a demanda para a realização de uma pesquisa sobre saúde mental no Islã .....	23
1.2 O percurso inicial: o retorno da pesquisadora ao campo.....	32
1.3 Os referenciais teóricos: articulando religião, gênero e sofrimento .....	43
1.4 Objetivos.....	57
1.4.1 Objetivo geral .....	57
1.4.2 Objetivos específicos.....	57
1.5 Justificativa.....	58
1.6 Método.....	59
<b>PARTE II: MENTE</b> .....	<b>66</b>
<b>2. <i>Estudo da alma</i>: concepções psicológicas islâmicas e a psicologia moderna</b> .....	<b>67</b>
2.1 O advento do Islã.....	67
2.2 A Era de Ouro do Islã.....	72
2.3 Psicologia Islâmica.....	79
2.4 Psicologia decolonial.....	97
<b>3. <i>A mesquita e o divã</i>: perspectivas de cuidado direcionadas às comunidades islâmicas</b> .....	<b>107</b>
3.1 “ <i>Eu chamo a religião de receita divina</i> ”: o entendimento teológico de um <i>sheikh</i> sobre a saúde mental .....	109
3.2 “ <i>É tudo da ordem do desejo</i> ”: diálogo com uma psiquiatra-psicanalista muçulmana ...	125
<b>PARTE III: CORAÇÃO</b> .....	<b>136</b>
<b>4. “<i>Pra mim foi Deus e a quetiapina</i>”: diagnóstico e medicalização do sofrimento</b> .....	<b>142</b>
4.1 <i>Ser mulher, ser muçulmana, ser bipolar</i> : modelo biomédico, estigmas e atravessamentos .....	145
4.2 <i>É tristeza ou é depressão</i> : o papel das emoções na constituição de si .....	158
4.3 “ <i>A minha caminhada na saúde mental vem desde que eu nasci</i> ”: TDAH, construção de identidade e saúde mental na infância e na juventude.....	174
4.4 Encontrar-se no Islã, (des)encontrar-se na maternidade: temas sensíveis, <i>estupidamente humanos</i> .....	188

<b>5. “Allah quer que você se aperfeiçoe com as ferramentas que Ele te dá”: a psicologia islâmica enquanto prática vivida .....</b>	<b>194</b>
5.1 “O <i>sheikh</i> é o meu terapeuta, o <i>zikr</i> é minha terapia”: a religião como fonte de cura.....	197
5.2 “ <i>Está tudo na religião o tempo todo</i> ”: ensinamentos religiosos islâmicos e o aperfeiçoamento de si .....	211
<b>6. “Se a sociedade não colaborar, não tem melhora”: a dimensão sociopolítica do sofrimento de mulheres muçulmanas brasileiras .....</b>	<b>220</b>
6.1 “ <i>As muçulmanas revertidas vivem a islamofobia dentro da islamofobia</i> ”: os impactos da reversão sobre a saúde mental .....	222
6.2 <i>Quando “algo acontece e gira a chavinha”</i> : violência, precariedade e ansiedade .....	228
6.3 “ <i>Eu sou muçulmana e ponto</i> ”: islamofobia e justiça social .....	243
<b>Considerações finais: o que passa pelo corpo, pela mente e pelo coração?.....</b>	<b>256</b>
<b>Referências .....</b>	<b>264</b>

## Apresentação

“Filhos da época”, de Wislawa Szymborska

“Somos filhos da época  
e a época é política.

Todas as tuas, nossas, vossas coisas  
diurnas e noturnas,  
são coisas políticas.

Querendo ou não querendo,  
teus genes têm um passado político,  
tua pele, um matiz político,  
teus olhos, um aspecto político.

O que você diz tem ressonância,  
o que silencia tem um eco  
de um jeito ou de outro político.

Até caminhando e cantando a canção  
você dá passos políticos  
sobre um solo político.

Versos apolíticos também são políticos,  
e no alto a lua ilumina  
com um brilho já pouco lunar.  
Ser ou não ser, eis a questão.  
Qual questão, me dirão.  
Uma questão política.

Não precisa nem mesmo ser gente  
para ter significado político.  
Basta ser petróleo bruto,  
ração concentrada ou matéria reciclável.  
Ou mesa de conferência cuja forma  
se discuta por meses a fio:  
deve-se arbitrar sobre a vida e a morte  
numa mesa redonda ou quadrada.

Enquanto isso matavam-se os homens,  
morriam os animais,  
ardiam as casas,  
ficavam ermos os campos,  
como em épocas passadas  
e menos políticas.”

(Szymborska, 2011, p. 77-78).

Sim, somos filhos da época. Essa tese é, também, filha de sua época. E nossa época tem sido árdua.

Ingressei no doutorado nos primeiros meses de 2019. Naquele momento, o sabor desta realização foi sentido como agridoce: dias antes do resultado, eu participava com a orientadora desta tese de um protesto contra o grande corte de verbas direcionado à educação e à ciência, já esperado do então (des)governo recém-empossado. Nos bastidores desta pesquisa, o tumulto sociopolítico deu seu tom do começo ao fim: termino meu processo de escrita durante o período eleitoral de outubro de 2022, que despertou uma profunda ansiedade em todos que, assim como eu, passaram quatro anos esperando pela chegada deste momento de recuperação democrática.

No meio deste percurso, vivemos a pior das crises, algo que não imaginaríamos nem em nossos mais angustiantes pesadelos: a pandemia de Covid-19. Medo e tristeza foram as companhias de tantos de nós – e foi junto a elas que boa parte desta tese foi escrita. Foram meses vividos totalmente dentro de casa, e os sonhos, que eram tantos, foram guardados dentro do bolso para, talvez, serem sonhados depois – sobreviver tornou-se mais importante do que sonhar. A vacina contra a Covid-19 veio, para mim, apenas no final de agosto de 2021 – só então, pouco a pouco, recuperei algumas atividades de outrora. Em momentos posteriores, serão discutidas as várias implicações que a pandemia teve sobre o processo de tessitura da presente pesquisa, já que a impossibilidade de circular afetou até mesmo os pressupostos metodológicos previstos inicialmente.

Talvez nunca tenha se falado tanto sobre o tema da saúde mental como nestes anos pandêmicos, mas quais são os sentidos de se escrever uma tese quando parece que o mundo, externo e interno, pode desabar? Não houve um só dia, desde a minha aprovação no doutorado, que eu não tenha sido impelida a ressignificar este trabalho – e hoje, em total consciência, afirmo que esta tese é, antes de tudo, política. Uma pesquisa sobre saúde mental, se

desvinculada dos contextos - político, econômico, cultural -, pouco ou nada representa. Esta tese, direcionada a um público histórica e socialmente negligenciado, e realizada nas circunstâncias mais adversas possíveis, resistiu. Eu, Camila, psicóloga, pós-graduanda, pessoa e cidadã, também resisti - e enquanto escrevo essas palavras estou tomada pelo êxtase de que se acenda a chama de tempos vindouros melhores.

A presente tese é, portanto, o resultado desse jogo de forças que nos atingiu. Após anos regidos por uma avassaladora pulsão de morte, período no qual o desprezo, a destruição, a desinformação e a banalização do mal quis, a todo custo, predominar, foi preciso que a pulsão de vida, criativa, realizadora e desejante, se sobrepusesse. Essa tese, apesar dos percalços enfrentados, é uma síntese: da vida, do contexto sociopolítico dos nossos tempos, do processo acadêmico externo de pesquisa e, por que não, reflexo também da viagem interna da pesquisadora - parafraseando o mestre sufí Rumi, quando faltarem pés para viajar, viaje para dentro de si mesmo. Conforme fui trilhando os caminhos da pesquisa, também meu íntimo se expôs; inversamente, a pesquisa só se deu porque, ao final, optei por segui-la pelos caminhos do meu coração.

Se o caminho se faz ao caminhar, uma pesquisadora se forma não na chegada, na obtenção de seus títulos, mas sim no percurso. Há um trecho de outro poema da polonesa Wislawa Szymborska – uma de minhas poetisas preferidas, como se vê - que diz que “cada começo é só continuação / e o livro dos eventos está sempre aberto no meio” (Szymborska, 2011, p. 97). Todo começo é continuação do evento anterior, apenas aparentemente finalizado; por mais que façamos planos, a vida sempre nos surpreende. Hoje, retomando minhas escolhas relacionadas à psicologia, vejo que há uma linha que não apenas conectou os pontos desta caminhada, mas que foi me conduzindo de uma posição para a outra: meu interesse desde a graduação por religião, arte e mitologia me direcionou aos estudos junguianos, e estes me encaminham à minha segunda especialização, em arteterapia; a prática da psicologia clínica

em consultório particular fez aflorar a demanda para que a psicologia social se fizesse mais presente, e me levou a uma breve e transformadora experiência na assistência social; todas essas buscas me conduziram ao mestrado, ao diálogo com a Antropologia, ao Islã, às mulheres.

Da mesma forma, essa tese, mais do que uma nova etapa, já nasceu como *continuação*: durante meu mestrado, realizado entre 2016 e 2018, pesquisei a temática da sexualidade junto a mulheres muçulmanas brasileiras revertidas. Para minha surpresa, entremeados aos conteúdos relativos a sexo, casamento e papéis de gênero, também emergiram tópicos relacionados à depressão, ansiedade, crises de pânico, entre outros. No início, o que parecia apenas uma coincidência, ou menção banal, foi se mostrando como algo recorrente e extremamente significativo. Ainda assim, eu me perguntava: por que estariam essas mulheres compartilhando estes conteúdos comigo? Pelo fato de que sou psicóloga? Por verem relação entre esses dois assuntos? Por não encontrarem escuta em outros espaços? Como na época eu estava iniciando meu percurso e não era minha intenção destrinchar esse panorama, guardei essas informações para uma análise futura. Muitos meses se passaram e, chegada a etapa final do mestrado, encerrei o capítulo central da dissertação com o seguinte trecho:

Por ser uma religião da recompensa e da satisfação, é esperado que muçulmanos e muçulmanas sintam-se satisfeitos mesmo quando cientes de suas “faltas”. A necessidade de sentir-se e mostrar-se satisfeito dá margem para pensar os impactos dessa concepção para a saúde física e mental dos muçulmanos e muçulmanas, para além do tópico da sexualidade, o que pode ser estruturado para um trabalho futuro (Paiva, 2018, p. 121).

Enquanto tentava atar as pontas do meu trabalho, pude enfim mergulhar em tais camadas de sentido mais profundas, e entendi o compartilhamento destas demandas relativas à saúde mental como um pedido dessas mulheres para que eu olhasse para essas questões junto a elas, e endossasse o coro que clamava para que este assunto fosse melhor esclarecido e divulgado, para que os estigmas ao seu redor começassem a ser rompidos: em outras palavras, tinham o anseio de terem seus sofrimentos, queixas e necessidades reconhecidas e legitimadas socialmente, principalmente dentro das suas comunidades.



Assim, não é exagerado de minha parte dizer que defendi o mestrado em um dia e, no outro, começava a escrever o projeto que deu origem a esta tese sobre saúde mental de mulheres muçulmanas brasileiras: mais uma vez opto por concentrar minha atenção sobre elas, pois suas vozes ainda são consideradas subalternas (Spivak, 2010). Barbosa (2017), baseada nesta ideia, perguntou se podem as mulheres muçulmanas falar, aproveitei-me da questão e questionei se elas poderiam falar sobre sexo em minha dissertação de mestrado, e agora busco dar espaço para que falem sobre seus sofrimentos: suas dores, suas angústias, seus traumas, suas marcas, suas histórias, seus medos, suas sensibilidades, suas vulnerabilidades e suas delicadezas. Como recorrentemente apontamos, não lhes falta voz: faltam-lhes ouvidos dispostos a escutá-las. O que essas pessoas querem, ou precisam, que a psicologia lhes ofereça? E qual é a ínfima porção dessa demanda que está ao meu alcance tentar suprir?

Como evidenciarei ao longo da tese, atentar para a saúde mental dentro das comunidades islâmicas é uma solicitação urgente, mas que passou a ser atendida apenas muito recentemente; felizmente, algumas iniciativas foram incrementadas ao longo destes últimos anos, e essa pesquisa conseguiu acompanhar o passo a passo desse processo desde o seu início. É bastante arraigada a ideia de que o sofrimento é pertencente à esfera individual, mas na verdade pode-se pensar que ele é construído e partilhado socialmente. Por isso, embora sejam as mulheres muçulmanas brasileiras as protagonistas da pesquisa, buscou-se dar espaço a outros agentes que estão construindo, transmitindo e fazendo circular o conhecimento sobre saúde mental nas comunidades islâmicas brasileiras, que são os *sheikhs*, líderes religiosos; e os-as profissionais muçulmanos-as do campo da saúde mental, dando ênfase aos *psi*: psiquiatras, psicólogos-as e psicanalistas.

Posto isso, a tese foi estruturada em três partes, que se desdobram em seis capítulos no total. A parte I, *Corpo*, faz um jogo de palavras com o *corpus* da pesquisa: no contexto acadêmico, esta terminologia latina alude a um conjunto de informações que são passíveis de

análise. Tal qual a espinha dorsal que estrutura e sustenta, *O corpus da pesquisa: da sexualidade à saúde mental* é o capítulo inaugural que aprofundará a continuidade existente entre a minha pesquisa de mestrado, sobre sexualidade, e a presente tese de doutorado, sobre saúde mental de mulheres muçulmanas: um percurso que não é necessariamente óbvio, mas que promoveu a confluência desses dois temas espinhosos que, quando entrelaçados à religião, exigem uma dose extra de delicadeza e paciência.

Neste primeiro capítulo apresentarei o meu retorno ao campo, oportunidade na qual atendi a duas palestras pioneiras sobre saúde mental que aconteceram na Mesquita de Santo Amaro, na cidade de São Paulo, no primeiro semestre de 2019. Esses dois eventos tanto fortaleceram alguns pontos levantados por mim no projeto de pesquisa original, como também me forneceram subsídios para que novas formulações fossem feitas. Como consequência de tais considerações, encerro o capítulo expondo a minha fundamentação teórica, bem como o percurso metodológico que foi seguido para investigar essa relação ainda tomada como problemática por muitos dentro da psicologia.

A parte II, *Mente*, é dedicada à(s) psicologia(s). O capítulo 2, *Estudo da alma: concepções psicológicas islâmicas e a psicologia moderna*, tem como proposta traçar um panorama histórico, teórico e teológico desta complexa interface entre psicologia, Islã e saúde mental. Abro o capítulo fazendo uma recuperação do advento do Islã, pois já em seus primórdios o Profeta Muhammad foi acusado de estar louco quando anunciou ao povo de Meca a Revelação recebida por ele pelo anjo Gabriel. Em sequência histórica, entre os séculos VIII e XIV o Islã viveu a sua chamada Era de Ouro, período profícuo para o desenvolvimento das mais diversas áreas da ciência. Destacarei algumas das contribuições dadas por sábios muçulmanos ao que hoje nomeamos como psicologia e psiquiatria: séculos atrás, faziam afirmações muito semelhantes ao que atualmente tomamos como verdades no campo da saúde mental.

Dando um salto no tempo, após um hiato marcado por invisibilidades, apresentarei ao leitor a retomada de uma vertente designada como Psicologia Islâmica: de antemão, explico que não se trata meramente de uma psicologia feita por muçulmanos, nem apenas se refere a uma perspectiva do Islã sobre a psicologia, mas sim às concepções psicológicas intrínsecas ao Islã, decorrente das fontes e preceitos islâmicos. Apesar de tal adjetivação suscitar controvérsias, trata-se de um campo fundamentado, sustentado por referenciais específicos: como esta tese busca uma relação o mais simétrica possível tanto no que concerne às interlocutoras como aos saberes, tal conhecimento é valioso para promovermos uma aproximação em relação aos entendimentos êmicos sobre ser humano, saúde, doença, cura, sofrimento e psique que, por emergirem do próprio Islã, dão outros sentidos ao tema da saúde mental.

Rumo ao encerramento do capítulo 2, motivada pelo questionamento-base das *indigenous psychologies*, ou seja, das psicologias nativas – afinal, qual psicologia para quem? –, elencarei alguns pontos para ponderarmos sobre a relevância de olhar para a saúde mental no Islã buscando também respaldo nas epistemologias decoloniais. Nesta seção, levanta-se a reflexão sobre a pertinência da Psicologia Islâmica como parte deste projeto, sem ignorar a importância de também decolonizarmos a nossa psicologia ocidental-moderna, tal qual a estudamos e conhecemos: serão destacadas diversas contribuições, especialmente psicanalíticas, para se pensar a religião, o religioso e a expansão do lugar das religiosidades-espiritualidades na pesquisa psicológica. Apesar dos pontos de desencontro e de tensões, o título escolhido para o capítulo também sugere uma aproximação, já que os termos *ilm al-nafs* (do árabe: *ilm*, conhecimento e *nafs*, alma) e psicologia (do grego: *psique*, alma e *logia*, estudo) não se reduzem ao estudo da mente, nem ao estudo do comportamento: referem-se, primordialmente, ao estudo da *alma*.

Para mostrar como esse estudo da alma é aplicado, chega-se ao capítulo 3, *A mesquita e o divã: perspectivas de cuidado direcionadas às comunidades islâmicas*. Nele, retomaremos contato com duas figuras centrais do capítulo 1, que são um líder religioso islâmico e uma psiquiatra-psicanalista muçulmana, para aprofundarmos essas duas esferas de cuidado que se apresentam aos muçulmanos e muçulmanas: a perspectiva do *sheikh*, teológica; e a da profissional, médica de formação. Como se perceberá, há um esforço para atuarem de maneira colaborativa: são possibilidades de cuidado que se complementam e se reforçam, guardadas as respectivas particularidades. Tanto *sheikhs* como profissionais de saúde têm sido indispensáveis neste processo de construção de conhecimento sobre saúde mental dentro das comunidades brasileiras, que é ainda tão recente. Por isso, além de apresentar ao leitor os pontos de vista de ambos, e em que medida se encontram ou não, meu diálogo com eles nos permitiu fazer um breve balanço dos avanços feitos nestes últimos anos no que tange à atenção à saúde mental, e do que ainda pode ser aprimorado para melhor atender às necessidades dos membros das comunidades, principalmente as demandas das mulheres muçulmanas.

As entrevistas realizadas com nove mulheres muçulmanas brasileiras, duas nascidas em famílias muçulmanas de origem árabe e sete revertidas ao Islã, foram distribuídas em três capítulos que, juntos, constituem a parte III: o *Coração* da tese. No Islã, o coração (*qalb*) é o centro do ser. Nesta porção da pesquisa, privilegiou-se a escuta de mulheres muçulmanas que, em sua infinita generosidade, forneceram peças substanciais para nos acercarmos da compreensão da saúde mental – suas histórias vão sendo tecidas na singularidade, mas se conectam por um fio invisível que faz com que as narrativas se unam como um conjunto potente.

O capítulo 4, “*Pra mim foi Deus e a quetiapina*”: *diagnóstico e medicalização do sofrimento*, apresenta o leitor às quatro interlocutoras que mais dão destaque ao discurso biomédico - ou alinhando-se a ele, ou criticando-o. São mulheres que viveram ou ainda vivem

em situação de acentuado sofrimento psíquico, e que por isso esmiuçam o processo de detecção de sintomas, busca por diagnósticos e manejo de intervenções psiquiátricas e/ou psicológicas sobre sua saúde mental.

Na sequência, chega-se ao capítulo 5, *“Allah quer que você se aperfeiçoe com as ferramentas que Ele te dá”*: a psicologia islâmica enquanto prática vivida. Como o título sugere, é um capítulo que nos provoca a pensar sobre o papel da religião islâmica tanto no fornecimento de explicações para o sofrimento, quanto de recursos para enfrentá-lo. As duas interlocutoras que compõem esta parte do texto recuperam os aspectos teóricos da psicologia islâmica apresentados no capítulo 2, mas avançam ao apontarem como tais ensinamentos são acionados no cotidiano de cada uma, levando-nos à suposição de que estamos diante da psicologia islâmica enquanto uma prática vivida. Assim, evidenciam que a religião dá aos seguidores importantes ferramentas que podem ser usadas para melhor lidar com o sofrimento que se apresenta e, concomitantemente, como parte do processo de aperfeiçoamento de si que o Islã sugere ser constante na vida do crente.

O sexto capítulo, *“Se a sociedade não colaborar, não tem melhora”*: a dimensão sociopolítica do sofrimento de mulheres muçulmanas brasileiras, agrupa narrativas cujo foco recai sobre os atravessamentos de questões sociais sobre a saúde mental das interlocutoras. Por um lado, é certo que a violência, a pobreza e o preconceito trazem prejuízos à saúde mental das pessoas; por outro, reforça-se que é justamente o coletivo que pode facilitar as iniciativas de promoção de saúde mental.

Por fim, as considerações finais buscam fazer um balanço do que foi tratado na tese. Afinal, o que se passa pelo corpo, pela mente e pelo coração? Falar de saúde mental no Islã é falar de um ser humano que é integrado, que é todo, nunca só parte. Compartilho da ideia de que, mais do que falar sobre o sagrado, a religião fala, sobretudo, do que é da ordem do humano: e é do humano o sofrimento, a fragilidade, a imperfeição, a vulnerabilidade, a impermanência.

Ao buscar atar as pontas entre esses meus dois trabalhos acadêmicos, minha dissertação de mestrado defendida em 2018 e a atual tese de doutorado finalizada em 2022, percebo que sexualidade e saúde mental são temas que me tocam enquanto psicóloga e pesquisadora justamente porque nos *humanizam*. Ao focar no humano, somos devolvidos ao divino.

Insisto na importância da sensibilidade da escuta: a escuta como chave para romper com a nossa ignorância e, quiçá, permitir o compartilhamento da nossa humanidade.

Escutemos, pois.

# PARTE I: CORPO

"Abandona este filho que chamas corpo  
e diz sempre "Um" com toda a alma.  
Se teu corpo envelhece, que importa?  
Ainda é fresca tua alma."  
– Jalâl al-Din Rûmî.



## 1. O *corpus* da pesquisa: da sexualidade à saúde mental

### 1.1 O ponto de partida: a demanda para a realização de uma pesquisa sobre saúde mental no Islã

Em minha pesquisa de mestrado<sup>1</sup> junto ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP/USP), investiguei algumas questões concernentes à sexualidade das mulheres muçulmanas brasileiras revertidas<sup>2</sup>. Para tanto, estive imersa em aulas semanais de religião em uma mesquita na cidade de São Paulo e, em momento posterior, realizei entrevistas com dez mulheres muçulmanas.

Já nos primeiros tempos da pesquisa, havia chamado a minha atenção o fato de que a maioria das interlocutoras, fora outras pessoas com quem tive a oportunidade de conversar informalmente durante o trabalho de campo, comentaram ter passado por alguma situação que elas identificavam como um “momento difícil” em suas vidas, fonte de intenso sofrimento: violência doméstica e sexual, depressão, crises de ansiedade, depressão pós-parto e diagnóstico de transtorno bipolar foram algumas questões que vieram à tona, nas palavras das próprias mulheres. Todas elas, na sequência, apontaram que tais “momentos de crise” as fizeram aprofundar suas buscas religiosas até encontrarem o Islã e que a religião exerceu impacto sobre a forma com que passaram a significar tais eventos, geralmente atribuindo ao Islã um papel relevante neste processo de enfrentamento.

Conforme a pesquisa foi evoluindo, tornou-se cada vez mais claro como o Islã é entendido pelos muçulmanos como um código de conduta que rege todas as áreas de suas vidas. Trata-se de uma religião prescritiva, cujas regras são entendidas como vindas de Deus para

---

<sup>1</sup>Paiva, C. M. (2018). *As mulheres, os perfumes e as preces: um olhar simbólico sobre a sexualidade no Islã* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, sob orientação da professora Francirosy Campos Barbosa. Processo FAPESP nº 2015/26295-2.

<sup>2</sup>Reversão é um termo nativo: segundo a crença islâmica, todos os seres humanos nascem muçulmanos. Então, ao professarem o seu testemunho de fé, ao Islã retornam: são revertidos/revertidas, pois retornam à religião da qual tinham se afastado. Darei preferência a estes termos, em detrimento do uso de “conversão” ou “convertidos/convertidas”.



garantir a felicidade, a saúde e o bem-estar dos seres humanos, protegendo-os de todos os males. Acredito que esta pesquisa de doutorado tenha começado a ser gestada já na conversa que tive com a primeira interlocutora, quando esta fez alusão ao seu diagnóstico de transtorno bipolar, e que tenha de fato se tornado um projeto quando a jovem Bruna<sup>3</sup> apontou que as regras islâmicas faziam “*um bem danado para a saúde física e mental*” (Paiva, 2018, p. 103).

O cerne teórico da minha dissertação de mestrado residiu no contraste entre o ponto de vista psicanalítico e o ponto de vista islâmico sobre a satisfação: apontei que, se por um lado a psicanálise nos coloca que “a insatisfação é um hiato permanente e é o estado constitutivo do ser” (Paiva, 2018, p. 55), por outro lado a religião islâmica quer justamente que o-a muçulmano-a<sup>4</sup> esteja plenamente satisfeito. Ao final de minha dissertação, propus que tal necessidade de se sentir e se mostrar satisfeito daria margem para pensar o impacto disso sobre a saúde mental de muçulmanos-as, o que poderia ser estruturado para um trabalho futuro (Paiva, 2018, p. 121).

Assim, embora à primeira vista sexualidade e saúde mental pareçam ser temas de ordens muito distintas, há uma ponte que permite essa continuidade simbólica: há mais de um século a psicanálise nos evidenciou que no cerne de nossos conflitos, traumas e sofrimentos psíquicos repousa a sexualidade como base dos processos que ditam “os modos como nós amamos, desejamos, sofremos” (Iannini & Tavares, 2021, p. 8). Ainda que se tente escapar dessa linha teórica, a etimologia do termo psicopatologia leva à mesma direção: *pathos*, paixão, traz a conotação de uma inclinação emocional arrebatadora, de forte carga afetiva. Paixão, *pathos*, patologia; sexualidade e sofrimento; doença, transtorno, saúde mental: nós que se conectam, tecendo uma malha de sentidos e significados. Entendo, portanto, que minha pesquisa de mestrado buscou dar um primeiro passo nessa elucidação, e que o doutorado me fez retomar essa tensão pulsante, ampliando-a para outras direções.

---

<sup>3</sup>Todos os nomes das mulheres muçulmanas aqui citados são fictícios.

<sup>4</sup>Utilizarei essa grafia (-o-a; -os-as) em alguns pontos do texto quando se fizer necessária a demarcação de gênero, usualmente com o intuito de sinalizar que aquilo que está sendo dito engloba as mulheres muçulmanas, de forma incisiva.

Parece pertinente começar a pensar o tema fazendo uma reflexão sobre algumas conceituações relevantes sobre saúde-doença. Segundo a clássica definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947), esta seria "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença". Há, embutida nessa definição, diversos pontos que precisam ser esmiuçados. O primeiro deles é que, em outras palavras, entende-se que uma pessoa tem saúde quando estas três esferas estão integradas, em harmonia: um componente depende do outro para juntos constituírem o todo da saúde.

Especificamente em relação à saúde mental, é difícil defini-la separadamente. Em ocasião comemorativa, o *website* da Organização das Nações Unidas (ONU, 2016) no Brasil faz a seguinte chamada: “saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial” - ou seja, mais uma vez atrelada às demais esferas. Como há uma multiplicidade de formas para conceituá-la, frequentemente o termo acaba sendo reduzido a este “bem-estar” ou equiparado à “qualidade de vida”. Esta característica vaga fez com que estudos epidemiológicos se proliferassem, pois no campo médico e psicopatológico havia a necessidade de se estabelecer parâmetros e traçar uma linha que delimitasse um padrão, uma normatividade.

Entre tantas problematizações possíveis, algumas delas, feitas dentro do campo da Psicologia Social, emitem críticas acerca da hegemonia de tal modelo em saúde. Minayo (2006), por exemplo, chama atenção para o fato de que a doença “é também uma realidade construída” e a pessoa que sofre é “um personagem social”: o saber e a experiência da pessoa em relação à sua saúde ou à sua doença são, portanto, outras “verdades” que precisam ser consideradas (p. 193). Na mesma direção, Spink (2010) afirma que um desafio deste campo é “compreender a diversidade dos processos de saúde e doença” (p. 47).

As pesquisas acerca dos saberes tradicionais das diversas comunidades que compõem nossa sociedade são feitas com larga propriedade pela antropologia, que dá enorme contribuição para o aprofundamento dessa temática. Vale ressaltar que, embora tenha se consolidado a partir

de 1970, a saúde sempre acompanhou outros motes clássicos da pesquisa antropológica, como folclore, magia e, precisamente, religião (Langdon, Fóller, & Maluf, 2012). Barros (2004), quando viaja ao Mali para investigar a “loucura” em territórios do povo *dogon*, entende ser preciso se aproximar das “dimensões polivalentes e complexas dos entendimentos a respeito dos fenômenos conexos à loucura” (p. 15): a autora observou, entrevistou e conviveu não apenas com especialistas da medicina dogon no tratamento da problemática psíquica, mas também com adivinhos, doentes e seus familiares, pois julgava importante buscar a “palavra dos diferentes agentes sociais que interagem naquela sociedade e que desempenham papéis relevantes nos processos vinculados ao enlouquecer” (p. 15). Traz, assim, evidências da razoabilidade do diálogo entre os agentes, pois o “campo do médico” não deve ser aquele considerado como o único socialmente legítimo - afinal, qualquer modelo sempre será uma construção teórica.

Nesta tese de doutorado, mente-corpo, saúde-doença e indivíduo-sociedade são entendidos não como dicotomias, mas de forma dialética. O mesmo será considerado na relação entre ciência e religião: no campo da psicologia, embora provenha da psiquiatria e lance seu olhar sobre a psicopatologia, Dalgarrondo (2006) é uma referência no que ele nomeia como “relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião” (p. 177) Diz ele:

Há certo consenso entre cientistas sociais, filósofos e psicólogos sociais de que a religião é uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus reveses e sofrimentos. . . Como é elemento constitutivo da subjetividade e doador de significado ao sofrimento, defendo que ela deva ser considerada um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais (Dalgarrondo, 2008, p. 16).

Vê-se que há o reconhecimento de que a religião é uma instância significativa, que faz parte da constituição das subjetividades. Contudo, apesar da centralidade da religião em explicar o mundo e dar sentido aos fenômenos da vida, incluindo os processos de saúde-doença, esta relação foi por muito tempo entendida como problemática pela psicologia e por outras áreas adjacentes, desvalorizando os discursos produzidos dentro das comunidades religiosas e

negligenciando da produção acadêmica os seus seguidores e os seus saberes tradicionais (Paiva & Barbosa, 2019). Nas últimas décadas, entretanto, tem sido notado o fortalecimento do interesse na temática da religiosidade/espiritualidade e sua vinculação com o cuidado em saúde (Toniol, 2022): embora esta produção nem sempre especifique o repertório religioso pesquisado (Scorsolini-Comin, 2018), é inegável que a expansão desta dimensão na literatura vêm também abrindo espaço para que se possa abordar os estudos realizados com religiões específicas ao menos de forma mais aberta que outrora.

Ainda sobre a religiosidade/espiritualidade, é importante destacar que não há consenso na definição desses conceitos. O Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP-SP, 2016), reconhecendo a religiosidade e a espiritualidade como dimensões constitutivas das experiências humanas, propôs algumas possíveis operacionalizações: a espiritualidade poderia ser entendida como “a busca de sentido para a vida que pode ou não estar ligada a uma crença religiosa”; a religião como “instituição social composta por um sistema de crenças e práticas reunidas que sustentam uma suposta relação com uma dimensão transcendental”; e, por fim, a religiosidade como “modo pessoal de lidar com ou vivenciar um sistema de crenças e práticas religiosas”, que podem ou não estar ligadas a uma instituição.

Apesar de também sugerir definições, Koenig (2012) assume ser esta uma tarefa problemática, visto que cada pessoa compreende e põe em prática esses termos de forma peculiar (p. 9). Por esse motivo, há autores que optam por trabalhar com a associação entre religiosidade e espiritualidade: alega-se que a terminologia combinada (R/E) é complexa, mas bastante relevante na medida em que enfatiza a conexão entre esses dois fenômenos (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019), o que acolhe uma maior gama de experiências relacionadas a esta dimensão. No campo da saúde, a R/E tem sido extensamente analisada como estratégia de enfrentamento (Gobatto & Araújo, 2013), mas seu potencial no mapeamento de concepções de saúde de comunidades religiosas específicas e na análise do papel das espiritualidades e

religiosidades na prevenção-promoção de saúde ainda não tem sido tão explorado quanto poderia: autores como Murakami e Campos (2012) apontam que, para além dos estudos quantitativos epidemiológicos, há espaço para que o tema seja abordado de acordo com “contornos mais qualitativos” (p. 363), perspectiva metodológica com a qual esta tese se alinha.

Por muito tempo entendida como não-científica e tendo seus principais fenômenos associados a possíveis evidências de psicopatologia, apenas recentemente é que a R/E passa a ser assumida como positiva para a saúde, sendo seus indicadores bastante expressivos no que tange à saúde mental. Algumas pesquisas recentes podem ser apontadas como uma pequena amostra da articulação religião-saúde mental na bibliografia brasileira: as de saúde mental na umbanda, como “*Atenção psicológica e umbanda: experiência de cuidado e acolhimento em saúde mental*”, de Scorsolini-Comin (2014); a dissertação de mestrado de Mizumoto (2012), que mostra como a umbanda e o Santo Daime influenciam a saúde mental e física de seus adeptos; a dissertação de Lucchetti (2013) sobre terapia complementar religiosa em centros espíritas da cidade de São Paulo; e, não tão recente, mas com reflexões ainda bastante atuais, o trabalho de Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004) sobre concepções de saúde e cura entre neopentecostais.

Apesar da interface R/E-saúde possuir base científica, persistem certas resistências: inegavelmente, algumas espiritualidades e religiosidades parecem encontrar maior validação na literatura do que outras (Scorsolini-Comin, 2018), o que indica uma hierarquização espiritual-religiosa e também epistemológica, que termina por endossar intolerâncias, silenciamentos e invisibilidades. No caso do sistema religioso específico aqui estudado, constata-se que por ser uma religião minoritária no Brasil, ainda muito cercada de estereótipos e afastada do cotidiano da maioria da população, é incipiente a bibliografia acerca da relação saúde mental-Islã no panorama de pesquisa brasileiro (Paiva & Barbosa, 2019), sendo esta tese de doutorado uma primeira tentativa de abrir caminho para essa interface que em outros países, diferentemente, já

vem sendo bastante desenvolvida: no *website* da *American Psychological Association*, a título de exemplo dada a relevância da associação, há artigos curtos sobre como estereótipos acerca do Islã impactam a saúde mental de muçulmanos-as (2011), e sobre a importância de se explorar as concepções de saúde mental em um mundo que é religiosamente diverso (2017).

Em um artigo de opinião, Bakar (2018) afirma: “muçulmanos, nós precisamos desesperadamente começar a falar sobre saúde mental”. A autora propõe: “se rezar não é o suficiente para curar um câncer”, por qual motivo seria a única resposta possível para questões de saúde mental? Semelhantemente, viralizou nas redes sociais um *tweet* do *sheikh*<sup>5</sup> canadense Azhar Nasser, no qual ele alertava para a importância de não dizer a uma pessoa deprimida que ela pode “tratar sua depressão apenas recitando o Alcorão”. Ele questiona: “quando alguém quebra a perna, você não diz para ela ler o Alcorão sem consultar um médico. Por que fazemos isso com os que estão deprimidos em nossas comunidades?”. Barmania (2017) conta que, desde pequena, escutava que “não existe depressão no Islã”, que “a depressão é uma doença ocidental” e que “se você segue o Islã, nunca estará deprimido”. A seu ver, é preciso desmistificar a temática, abrindo caminhos para o diálogo. Para isso, é importante que os *sheikhs* abordem o assunto nas mesquitas, como vêm fazendo em outros países e iniciam a fazê-lo também no Brasil.

Foi justamente por meio dos líderes religiosos que me atentei para a emergência pública da tratativa do tema da saúde mental dentro das comunidades no Brasil quando, para além do que estava sendo dito a mim de forma privada pelas mulheres muçulmanas, deparei-me com o anúncio de uma palestra do *sheikh* Jihad Hassan Hammadeh intitulada “*Qualidade de vida: como prevenir a depressão e ansiedade*”, que ocorreria em São Paulo no dia 28 de julho de 2018. Entendi a preparação desta conferência como uma sinalização de que o assunto começava

---

<sup>5</sup>O *sheikh* é uma autoridade em assuntos islâmicos, tomado como referência, exemplo e inspiração para a comunidade. Em momento posterior do texto, será comentada a atuação prática dos *sheikhs* nas comunidades islâmicas brasileiras.

a fazer parte da pauta das comunidades islâmicas brasileiras, pois precisava ser tratado mais enfaticamente junto a elas.

Acompanho as postagens do *sheikh* Jihad em sua página pública no *Facebook*, em seu canal no *YouTube* e por mensagens rápidas enviadas aos seus contatos no *WhatsApp* desde o final de 2015 e anoto muitas delas em meu caderno de campo. Retomando-as agora percebo claramente como grande parte destas mensagens tomam forma de conselhos islâmicos para uma vida mais equilibrada, fornecendo prescrições de como os-as muçulmanos-as devem idealmente lidar com seus sentimentos e enfrentar as dificuldades que lhes são impostas. Uma dessas mensagens diz que:

*Deus nos ordena a não ficarmos profundamente tristes, por mais que tenhamos medo, tenhamos notícias desagradáveis, estejamos em situações desfavoráveis, financeira, familiar, espiritual, física e emocionalmente. Certamente, Deus não está falando da tristeza comum que todos sentimos quando temos alguma adversidade, mas está falando da depressão, desmotivação, desespero, desesperança e tudo que faz a pessoa estagnar e não conseguir reagir. Devemos seguir as ordens e orientações de Deus e da mesma forma como Ele salvou o Profeta, Ele nos tirará da tristeza e a tirará de nós. Que Deus nos abençoe e nos proteja da tristeza!* (notas do caderno de campo).

Na mensagem enviada pelo *sheikh*, ele evidencia a importância de apegar-se a Deus nessas situações adversas. É interessante a diferenciação que o *sheikh* faz, mesmo que brevemente, entre a “tristeza comum que todos sentimos” e a depressão, “que faz a pessoa estagnar e não conseguir reagir”. Por um lado, o *sheikh* tira da pessoa deprimida o peso de estar paralisada. Por outro, lembra que para que Deus “tire” a tristeza, é preciso “agir”: devem ser seguidas as ordens e as orientações divinas. Outra mensagem do *sheikh* Jihad, aberta com um versículo alcorânico que diz que “certamente os fiéis estão numa posição segura”, enuncia que as pessoas que seguem as regras religiosas “estarão seguras de todos os males, angústias, ansiedade, depressão, tanto nesta vida, como na próxima” (notas do caderno de campo). É, portanto, esperado que todos os-as muçulmanos-as sigam tais regras: a religião compreende

que tudo aquilo que Deus permitiu (*halal*)<sup>6</sup> é benéfico, produtivo, saudável e suficiente; o que foi proibido (*haram*), assim o foi por ser prejudicial ao ser humano, à sua saúde e à sua dignidade.

Na concepção islâmica, o ser humano é dotado de corpo, mente e alma, sendo esta última simbolizada pelo coração. Embora o coração seja muito usado de forma metafórica e até mesmo no senso comum para designar os sentimentos de forma geral, no Islã o coração espiritual é uma noção bastante consolidada: de acordo com a tradição, ele é entendido como centro do ser (Yusuf, 2012). Mauss (1938/2015), ao desenvolver a noção de pessoa, expõe que esta sempre envolverá múltiplos planos: como a pessoa no Islã é constituída por corpo, mente e alma, encontraremos a ideia de que o ser humano é integrado, é um todo indivisível. Entretanto, religiosamente, seria a alma o mais importante de seus componentes, pois é dito que “se o coração está adoecido, todo o resto também estará”<sup>7</sup>: há um dito do Profeta Muhammad segundo o qual “verdadeiramente no corpo há um pedaço de carne que, se for sadio, todo o corpo está sadio e que, se estiver doente, todo o corpo está doente; verdadeiramente, esse é o coração” (compilado por Bukhari & Muslim<sup>8</sup>).

Tal ideia leva autores nativos, como Rassool (2016), a apontarem que o modelo biopsicossocial ainda não é suficiente para se entender saúde/doença no Islã: é necessário considerar a dimensão espiritual. Como evidenciado no título escolhido para esta tese, parece não haver como falar de saúde mental no Islã apenas traçando um paralelo com a dimensão da mente: é preciso considerar a dimensão do corpo e, especialmente, a do coração. Conecta-se mente e coração na medida em que o Islã não compreende a saúde mental como ausência de

---

<sup>6</sup>*Halal* e *haram* são categorias nativas: *haram* é tudo o que é proibido, enquanto que *halal* é o lícito.

<sup>7</sup>Tais ditos e feitos compilados são chamados de *hadices* (plural de *hadith*) e compõem a *Sunnah*, comportamento exemplar do Profeta. Os muçulmanos sunitas se espelham na *Sunnah* para moldar o seu próprio comportamento. Aproveito esta nota para também esclarecer que em meus escritos uso Muhammad e não Maomé, por ser esta segunda nomeação considerada pelos muçulmanos como desrespeitosa e pejorativa.

<sup>8</sup>Sahih Muslim 1599a; Sahih al-Bukhari 52. Disponível em: <https://sunnah.com/muslim:1599a>; <https://sunnah.com/bukhari:52>



doença, mas como presença e constante manutenção das “virtudes do coração” (Haque & Keshavarzi, 2014): do ponto de vista islâmico a saúde é, primeira e necessariamente, espiritual.

Como exposto até aqui, discutir saúde mental no Islã aparece como atual, relevante e, em certa medida, até mesmo urgente, no sentido de ser uma demanda que parte dos-as próprios-as muçulmanos-as. As comunidades<sup>9</sup> islâmicas parecem dispostas a atender à necessidade de abordar este tema, mas é preciso ressaltar que o campo da saúde mental é polissêmico: são muitas as maneiras de se conceber a saúde mental e variados são os caminhos possíveis de trabalho e de análise quando propomos uma aproximação em relação a esta temática. Apresentarei na seção abaixo de quais formas os meses iniciais desta pesquisa permitiram corroborar algumas propostas que já haviam sido elencadas por mim no projeto inicial original, bem como em que medida pude perceber alguns novos desafios e possibilidades em relação à investigação pretendida.

## 1.2 O percurso inicial: o retorno da pesquisadora ao campo

No início de fevereiro de 2019, recebi com bastante surpresa o convite para a palestra intitulada “*Prevenção islâmica do estado de depressão*”, que seria ministrada pelos *sheikhs* Mohamad Bukai<sup>10</sup>, então líder religioso da mesquita de Santo Amaro<sup>11</sup>, e Jihad Hammadeh, já citado, de São Bernardo do Campo. Após uma breve socialização<sup>12</sup>, em que circulei livremente pelo ambiente, sempre ao redor da costumeira mesa farta, fomos convocados a tomar os nossos

---

<sup>9</sup>Faço uso do termo comunidade porque é assim que os-as próprios-as muçulmanos-as se denominam, geralmente associando o termo ao conjunto de famílias muçulmanas que moram nas cercanias de determinada mesquita e, portanto, habitualmente frequentam aquele espaço. Para além deste uso localizado, os muçulmanos se entendem como parte da *Ummah*, que seria uma comunidade global, constituída por todos os-as muçulmanos-as do mundo.

<sup>10</sup>Cito os nomes dos *sheikhs* porque são figuras públicas e os eventos nas mesquitas costumam ser abertos a todos, muçulmanos ou não.

<sup>11</sup>No início de julho de 2019, o *sheikh* Mohamad Bukai, sírio que está no Brasil desde 2006, deixou a mesquita de Santo Amaro para assumir posição titular na Mesquita Brasil, localizada no bairro do Cambuci, região central da cidade de São Paulo. Formada em 1929 pela Sociedade Beneficente Muçulmana de São Paulo, é a mesquita mais antiga do Brasil e de toda a América Latina, finalizada na década de 1960.

<sup>12</sup>A mesquita é mais que um espaço de oração: é espaço de socialização. Conto em minha dissertação que muitas vezes me parecia que, ainda mais importante que o conteúdo das aulas, era o momento do café, ocasião em que as mulheres se colocavam ao redor da mesa e falavam sobre suas vidas (Paiva, 2018, p. 18).

assentos para o início da fala do *sheikh* Jihad. Como já apontado por mim e mais uma vez se evidencia no título que os líderes religiosos escolheram para a palestra, o Islã é uma religião cujas regras são entendidas como *protetivas e preventivas*. A saúde é, portanto, um valor islâmico: o Islã pode ser pensado como um sistema de fé e tradição para o cuidado em saúde dos seres humanos (Rahman, 1987).

O *sheikh* Jihad começa comentando que essa comunicação é parte de um ciclo maior de palestras que teve muita procura e que vinha rodando várias cidades do Brasil. Ele diz que “infelizmente temos que tocar em um assunto que antigamente não se falava muito; existia, mas não tinha tanta presença nas nossas comunidades: é a *ansiedade e a depressão*”. Aqui, o *sheikh* aponta para uma mudança de entendimento: ansiedade e depressão sempre existiram, mas não possuíam visibilidade dentro das comunidades islâmicas.

Sobre a composição das comunidades islâmicas, contrariando o senso comum, os muçulmanos têm uma longa história no Brasil: sua presença em território nacional é mais conhecida pelos fluxos migratórios árabes, especialmente de libaneses, sírios e palestinos que, impulsionados por crises socioeconômicas e conflitos geopolíticos, vieram para o país em diferentes ondas no final do século XIX e ao longo do século XX. Entretanto, a história do Islã em terras nacionais tem origem anterior: as primeiras comunidades foram organizadas ainda na primeira metade do século XIX pelos malês, muçulmanos africanos escravizados. Embora tenham protagonizado a Revolta dos Malês (1835), um dos “levantes de escravos urbanos mais sérios ocorrido nas Américas” (Reis, 2003, p. 9), esse episódio é pouco conhecido pelos brasileiros, inclusive pelos muçulmanos. Barbosa (2015), em seu documentário “*Allah, Oxalá: na trilha Malê*”, trouxe à tona algumas dessas narrativas até então pouco exploradas, como o entrelaçamento da cosmologia islâmica com o candomblé, denominação religiosa afro-brasileira.

Atualmente, muçulmanos de ascendência árabe ainda são maioria no Brasil<sup>13</sup>, mas o aumento expressivo de revertidos deve ser destacado. Tal fenômeno, que começou a ser notado discretamente na década de 1990, alcança significativas proporções a partir do ano 2000, especialmente entre as mulheres, o que foi atribuído à globalização e aos efeitos midiáticos.

Vale ainda mencionar que há alguns anos o Brasil tornou-se o principal destino de refugiados sírios na América Latina (ACNUR, 2015), cuja chegada ao país foi facilitada por uma resolução governamental que simplificou os procedimentos para concessão de vistos a pessoas que estivessem em tal condição extrema. Indubitavelmente, muçulmanos imigrantes e refugiados enfrentam desafios específicos relacionados a tal processo de migração e adaptação, que certamente exercem efeitos sobre sua saúde mental – por opção da autora e do recorte feito para esta tese, tais questões não serão trabalhadas, mas são aqui registradas com o intuito de demonstrar como, embora conectados pela fé comum, os-as muçulmanos-as que constituem as comunidades brasileiras são altamente diversificados nos aspectos étnicos, culturais e socioeconômicos.

Como comentei em outra ocasião (Paiva, 2018, p. 47), as pesquisas iniciais em campo islâmico se debruçaram sobre tal mapeamento das comunidades islâmicas, sua formação e a construção de suas identidades. Apenas mais recentemente, tendo suprido parte dessas investigações, é que pesquisadores podem atuar em tópicos mais específicos, como o que foi trabalhado nesta tese - conforme as temáticas vão se evidenciando e sendo destacadas fora da comunidade, também internamente surge a necessidade de debatê-las.

*Ansiedade, depressão:* pode-se afirmar que são as questões mais elencadas quando falamos em saúde mental, mesmo que popularmente. Gostaria de chamar atenção para o fato de que a terminologia da saúde mental vem sendo incorporada pelas comunidades islâmicas, o

---

<sup>13</sup>De acordo com o censo de 2010, havia na época 35.166 muçulmanos no país, o que representaria apenas 0,02% do total da população (Castro & Vilela, 2019). Pesquisadores, no entanto, acreditam que um número mais plausível seja da ordem de 100-300 mil (Pinto, 2010). Devido a essa escassez de dados, é difícil traçar uma caracterização acurada do perfil étnico, demográfico e socioeconômico dos muçulmanos no Brasil.

que é positivo. Ao mesmo tempo, isso me provoca para buscar compreender o que afinal está sendo entendido como “ansiedade”, “depressão”, “saúde mental”; quais significados, concepções e sentidos esta terminologia está abarcando.

Dando sequência à palestra, de acordo com o *sheikh*, para manter a saúde o muçulmano precisa ter coerência entre o que fala, o que acredita e o que pratica. A seu ver, quando há desequilíbrio, ou incoerência, isso trará consequências *físicas, mentais e espirituais* – o que me leva a fazer alusão às três dimensões de saúde que dão título a esta tese: *corpo, mente e coração*. Para o *sheikh*, as práticas rituais islâmicas simbolizam essa vinculação: entende-se que passam pelo corpo, pela mente e, principalmente, pelo coração.

Apontou-se anteriormente que as pesquisas sobre R/E têm sugerido alguns expressivos benefícios desses aspectos sobre a saúde das pessoas. Os estudos destacam que tal dimensão, quando bem integrada, contribui de forma positiva para a saúde mental (Oliveira & Junges, 2012), achados estes que têm sido especialmente favoráveis a uma menor prevalência de depressão (Oman & Lukoff, 2018). As religiões, de forma geral, levam as pessoas a adotar um estilo de vida saudável: não há dúvidas que exercitar-se; praticar higiene pessoal; ter uma alimentação balanceada; evitar excessos; evitar hábitos potencialmente causadores de vício e/ou prejuízos, como a ingestão de bebidas alcólicas; ajudar o próximo; manter boas relações com as pessoas ao seu entorno, entre outros, são atitudes de fato favoráveis à saúde de qualquer pessoa (Paiva & Barbosa, 2019).

Ainda assim, chama a atenção um relatório publicado pela *American Psychiatric Association* (2018) sobre as condições de saúde mental de muçulmanos estadunidenses: a publicação pormenoriza que a religiosidade dos muçulmanos é salutar devido à promoção de comportamentos saudáveis, o estímulo do senso de comunidade e a preconização de práticas reflexivas, principalmente através da observância das orações diárias.

Sabe-se que os rituais religiosos regem e até mesmo organizam a vida dos muçulmanos, sendo parte constitutiva fundamental da espiritualidade islâmica. Por influenciar todos os aspectos da vida cotidiana, é difícil conceber a existência de uma espiritualidade islâmica cindida da religiosidade e da religião propriamente dita. O muçulmano aprimora e fortalece sua espiritualidade dia a dia, pois a ordem e a visão de mundo são reforçadas justamente na prática religiosa: “no ritual, no mito, na disciplina espiritual, nas devoções reflexivas da vida cotidiana” (Geertz, 2015, p. 250). Abaixo serão pormenorizadas algumas práticas islâmicas comumente entendidas como relacionadas à saúde, uma vez que passam pelas supracitadas dimensões do corpo, da mente e da alma.

A primeira é a oração (*salat*). São cinco as orações diárias que devem ser realizadas: *fajr* (alvorada), *dhuhr* (meio-dia), *asr* (tarde), *maghrib* (após o pôr-do-sol) e *isha* (noite), o que de certa forma estabelece a rotina de um muçulmano, até mesmo sugerindo os horários ideais para que se desperte e se recolha. No Islã, a prática ritual da oração é considerada terapêutica e são muitos os estudos que vem sendo feitos sobre o seu impacto para a saúde.

De acordo com Kamran (2018), a prática regular da oração islâmica, marcada pelo forte gestual dos movimentos de prostração, aumenta a flexibilidade do corpo e a aptidão muscular geral; além disso, promove relaxamento, minimizando a ansiedade (Doufesh, Ibrahim, Ismail, & Ahmad, 2014). No estudo de Cinnirella e Loewenthal (1999), muçulmanos consideraram a oração como a prática religiosa à qual eles mais recorriam em caso de depressão; outros autores aproximam a oração islâmica da meditação (Sabry & Vohra, 2013), ou mais especificamente do *mindfulness* (Ijaz, Khalily, & Ahmad, 2017).

Antes das orações deve ser feito o *wudu*, ablução menor, que consiste em lavar o rosto, as mãos, os braços até o cotovelo e os pés. A purificação ritual islâmica também é composta pelo *ghusl*, banho completo, que deve ser executado após as relações sexuais e ao final do ciclo menstrual, por exemplo. Para além da purificação em seu propósito concreto, de higiene

corporal, há o componente ritualístico, espiritualizado (Barbosa & Paiva, 2017): purifica-se não apenas o corpo, mas a alma - a pureza é um estado que se alcança, sendo a purificação uma técnica que se adquire (Bouhdiba, 1975/2006, p. 64).

O jejum, realizado anualmente durante o *Ramadan*, o nono mês do calendário lunar seguido pelos muçulmanos, deve ser feito da alvorada ao pôr do sol: ao longo deste período do dia, os muçulmanos se abstêm de comidas, bebidas e também de relações sexuais. O jejum é uma experiência liminar que permite que muçulmanos-as experimentem um estado de suspensão de si (Barbosa-Ferreira, 2008). As orações são intensificadas nesse período, que também é tomado como oportunidade valiosa para praticar o autocontrole, evitando más ações, palavras e pensamentos. É esperado que todos os muçulmanos jejuem, mas há exceção para os que estão impossibilitados por questões de saúde. Mulheres grávidas e lactantes podem jejuar ou não, a depender de suas condições.

A peregrinação à Meca (*hajj*) deve ser feita pelo menos uma vez na vida pelos muçulmanos e muçulmanas com condições físicas e financeiras. Trata-se de uma experiência catártica (Cunha, Barbosa & Scorsolini-Comin, 2018), de extrema e rígida devoção a Deus, constituída por diversos rituais que, dada a sua complexidade, colocam em xeque os limites do corpo e da própria espiritualidade. É uma experiência geradora de profunda transformação interior, a ponto de proporcionar uma verdadeira mudança de vida para quem o realiza (Barbosa-Ferreira, 2013a): diz-se que quem faz o *hajj* sente-se simbolicamente renascido.

Por fim, a caridade (*zakat*) consiste em dedicar uma taxa dos rendimentos obtidos ao longo do ano (2,5%) para os muçulmanos que necessitam. Essa prática ajuda a ressaltar a dimensão social do Islã e alude a outro fator protetivo em saúde mental, que é o forte senso de comunidade. Além do uso localizado, considerando comunidade como o conjunto de famílias que moram nas cercanias de determinada mesquita e, portanto, habitualmente frequentam aquele espaço, os muçulmanos se veem como parte da *Ummah*, que seria uma comunidade

global, constituída por todos os muçulmanos e muçulmanas do mundo. Tal palavra deriva de *umm*, que significa “mãe”, tanto é que muçulmanos e muçulmanas possuem o hábito de chamar uns aos outros de irmão/irmã.

Entre todas essas práticas, na palestra o *sheikh* dá ênfase à oração: “quando você ora, você coloca no chão a sua cabeça, que é a sua parte mais nobre; você faz isso em reverência a Deus, você reconhece que Ele é superior”. Ao fazer a transposição desta ideia para a saúde, por acreditar no que lhe é superior, muçulmanos-as em momento de doença, sofrimento e dificuldade tendem a se voltar primeiramente a Allah<sup>14</sup>, o que é compreendido do ponto de vista islâmico como uma característica própria do ser humano: “quando a adversidade açoita o homem, eis que Nos implora” (Alcorão<sup>15</sup>, 39:49); “o homem não se farta de implorar o bem; mas, quando o mal o açoita, ei-lo desesperado, desalentado” (Alcorão, 41:49).

Depois da adversidade, entende-se que Deus irá agraciar o homem (Alcorão, 41:50), o que forneceria evidências de Sua infinita misericórdia: há uma ideia recorrente em campo islâmico de que “com a adversidade vem a facilidade” (Alcorão, 94:5-6). Desde este ponto de vista, os momentos difíceis fazem parte da existência humana: por ser esta vida terrena fugaz, transitória, também as adversidades seriam passageiras e, em última instância, “provas” e “testes” aos quais muçulmanos-as são submetidos. Nessa perspectiva, o sofrimento é uma oportunidade para que as pessoas estreitem sua conexão com Deus, pois podem ser testadas tanto pela *prosperidade* como pela *adversidade* (Alcorão, 7:168). Diante do exposto, a conduta ideal islâmica diante do sofrimento é a de que exercitem a paciência (*sabr*), confiando que Deus sabe o que é melhor para cada um. Nesses momentos, muçulmanos intensificarão suas orações

---

<sup>14</sup>Allah é a palavra árabe para Deus.

<sup>15</sup>Não existe tradução do Alcorão, sendo considerado original apenas o Livro em árabe. As traduções são, em realidade, uma tradução dos sentidos dos versículos. Ao longo da tese, considera-se como referência a tradução feita pelo Professor Samir El Hayek, amplamente aceita e utilizada tanto por muçulmanos quanto por pesquisadores, cuja versão online pode ser acessada em <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/alcorao.html>. Acesso em: 17 nov. 2022.

e súplicas (*duas*), pois é por meio da recordação de Deus que os “corações sossegam” (Alcorão, 13:28).

Como é possível constatar, as concepções islâmicas acerca da saúde mental e do sofrimento ora se reforçam, ora se contradizem. Em visita informal que fiz no final de março de 2019 à mesquita de Santo Amaro, encontrei Stéfani, uma das primeiras mulheres que conheci no meu começo de trabalho de campo, em 2016. Ela estava acompanhada de Joana, uma senhora muçulmana brasileira revertida que até então eu desconhecia, mas que quando me escuta falar com Stéfani sobre minha pesquisa de doutorado dirige a mim a palavra e conta que já frequentou palestras em dois centros islâmicos diferentes, pois “sempre quis saber desse assunto [saúde mental no Islã]”, mas nunca “encontrou respostas”. Ela diz que os *sheikhs* “só sabem falar *alhamdulillah*”, e que para ela a questão da saúde mental é bem mais complexa.

*Alhamdulillah* é uma expressão árabe que significa “dar graças a Deus”: Joana está se referindo a um discurso bastante forte na religião que é o de que os muçulmanos devem ser gratos a Deus por tudo, por aquilo que é bom e também pelo que parece ser ruim. Trago aqui este breve excerto da fala de Joana para exemplificar o que já havia sido mencionado: falar de saúde mental dentro das comunidades islâmicas é uma demanda crescente entre os-as muçulmanos-as. Vê-se que esta é uma questão longe de ser encerrada, pois a interlocutora alega nunca ter encontrado respostas para as suas perguntas. Por muito tempo as comunidades deixaram de tratar certos assuntos por acreditarem que as regras islâmicas seriam claras o suficiente para não dar espaço a dúvidas. Entretanto, Joana explicitamente questiona a explicação que lhe é dada, dando margem para pensarmos a diversidade de entendimentos e interpretações - as brechas, as fissuras, os escapes.

Retomando os sentidos acerca das regras islâmicas, disse o *sheikh* Bukai em uma das aulas que tive com ele em 2016:

Queridos irmãos, Deus proibiu ao ser humano algumas práticas para o seu próprio benefício e, sem dúvida, a desobediência traz graves consequências para o indivíduo,



para a sociedade, neste mundo e no Dia do Juízo. Em primeiro lugar, temos de saber que essas proibições são garantias para o nosso bem-estar e não podem ser vistas como limitações da nossa liberdade. Quando um médico pede para alguém deixar algum tipo de comida é porque ele sabe que esse alimento não é bom para aquela pessoa; obedecer a essa ordem é bom para a pessoa e não para o médico. . . Geralmente, as pessoas entendem apenas o sentido pejorativo dessa palavra [*proibição*] e a interpretam como algo que as fazem se privar das coisas boas da vida; mas, pelo contrário, as proibições nos protegem (notas do caderno de campo).

O *sheikh* frisa mais uma vez que as regras islâmicas, se seguidas, trazem benefícios; se desobedecidas, haverá consequências negativas. Interessante notar que o primeiro exemplo prático que o *sheikh* dá para explicar a importância das proibições é o de *obedecer ao médico*. Na palestra de fevereiro de 2019, também foi feita a seguinte afirmação: “nós vamos falar sobre a *prevenção da depressão; para o tratamento, precisamos dos profissionais*”. Trago esses dois excertos juntos para explicar que, como usualmente afirma-se que o Islã busca preservar a saúde dos-as muçulmanos-as, os *sheikhs* são figuras carismáticas que vão ajudar as pessoas, dando orientações e repassando a elas seu conhecimento para que elas possam se ater à “senda reta”. Não há, à princípio, oposição direta da religião aos saberes biomédicos; também o Islã não nega a contribuição científica-acadêmica. Os *sheikhs* acabam propondo em suas falas uma espécie de “divisão de tarefas”: para orientação religiosa, *preventiva*, o *sheikh*; para o tratamento de *transtornos*, para a dimensão *patológica*, os profissionais.

É de extrema importância a constatação de que os *sheikhs* estão incluindo e valorizando os profissionais de saúde em seus discursos, pois integrar a religiosidade ao cuidado ainda é um desafio que se impõe: como apontam Murakami e Campos (2012), não é incomum que as instituições religiosas soem como autoritárias para os profissionais de saúde, e estes últimos como arrogantes e distanciados (p. 365) para elas. Em realidade, a literatura aponta que pessoas religiosas em geral, e muçulmanos e muçulmanas em particular, tendem a ser relutantes na busca pela rede de saúde formal para o cuidado em saúde mental (Koenig & Al Shohaib, 2017, p. 63), o que sugere que provavelmente será o *sheikh* a primeira pessoa que muçulmanos-as vão consultar antes de procurar o atendimento de profissionais, como psiquiatras e psicólogos, e

reforça ainda mais a importância e responsabilidade destes líderes religiosos no manejo desse primeiro acolhimento e cuidado, conjectura que está em sintonia com outros expressivos estudos internacionais (Tobah, 2017; Padela, Killawi, Heisler, Demonner, & Fetters, 2011; Abu-Ras, Gheith, & Cournos, 2008; Ali, Milstein, & Marzuk, 2005).

\*\*\*

“Eu sou *sheikh*, não sou médico. Por isso, hoje trouxemos a doutora: foi para isso que *nossos médicos*<sup>16</sup> estudaram”. Foi com essa fala que o *sheikh* Jihad abriu a segunda palestra que frequentei sobre saúde mental no Islã, também realizada nas dependências da mesquita de Santo Amaro ao final de abril de 2019. Intitulada como “*Saúde mental, vamos falar sobre?*”, a palestra foi organizada por um departamento acadêmico islâmico<sup>17</sup> e ministrada por uma psiquiatra muçulmana. Samira<sup>18</sup> fala que está feliz, porém nervosa: diz ser a primeira vez que está na mesquita como *profissional de saúde* e não como *religiosa*. Ela se apresenta como psiquiatra e psicanalista<sup>19</sup> e conta que sua trajetória é marcada por atendimentos voluntários aos refugiados, interesse que ela atribui às suas marcas pessoais: ter nascido no Brasil, mas no seio de uma família árabe.

A psiquiatra e psicanalista inicia sua apresentação de *slides* com a definição de saúde da OMS, já transcrita nas primeiras páginas desta tese, e pergunta retoricamente para a plateia: “mas quem é que está 100% feliz nos dias de hoje? Será que alguém aqui está completo em tudo?”. Samira faz um paralelo entre a religião e a psicanálise: “foi estudando a religião que eu

---

<sup>16</sup>Reforço aqui a importância que os muçulmanos árabes dão aos “*doutores*”, especialmente os que são de dentro da comunidade.

<sup>17</sup>Atualmente, há uma proliferação destes grupos, nacional e internacionalmente. O departamento que organizou este evento define sua missão como a de “integrar e valorizar os acadêmicos islâmicos de modo a promover e compartilhar o conhecimento”.

<sup>18</sup>Embora a palestra tenha sido amplamente divulgada nas redes sociais e gravada em áudio e vídeo para posterior difusão, por não ser a psiquiatra uma figura pública como os *sheikhs*, opto por preservar sua identidade.

<sup>19</sup>Nos posts de divulgação do evento, Samira havia sido apresentada apenas como psiquiatra. No entanto, durante a palestra, ela fez questão de frisar sua atuação como psicanalista, fazendo referências à psicanálise a todo momento. Parece-me que, também dentro das comunidades islâmicas, o médico será mais valorizado do que os outros profissionais do campo *psi*.

entendi desde cedo que essa vida é um teste e depois encontrei na psicanálise isso de que ninguém alcança a plenitude nessa vida”. Ela prossegue: “hoje vou falar para vocês um pouco sobre depressão e ansiedade, que são os transtornos mais comuns”.

Quando fala em transtornos comuns, Samira não está apenas fazendo alusão ao fato de que são os mais populares em sentido de senso comum, mas que “transtornos mentais comuns” (TMC) referem-se primordialmente a duas categorias diagnósticas, a dos “transtornos depressivos” e “transtornos de ansiedade”, considerados “comuns” por sua alta prevalência na população. Samira apresenta alguns dados estatísticos, destacando que “mulheres são de duas a três vezes mais propensas que os homens à depressão”, algo que é atribuído “ao maior número de estressores psicossociais que nós mulheres enfrentamos no cotidiano” e também “a questões hormonais específicas do nosso corpo”. Ela diz que sua forma de trabalho “é atenta com a medicalização excessiva”, pois ela busca se basear “na *estrutura* da pessoa e não apenas na superficialidade do *sintoma*”. Para ela, é preciso refletir sobre o mundo em que vivemos, pois “é da incapacidade de lidar com a frustração e a sensação de vazio que vem a maior parte do nosso *sofrimento*”.

Em sua tentativa de construir pontes entre a religião islâmica e o cuidado em saúde mental, ela afirma que “saber identificar o sofrimento do irmão ao nosso lado faz parte do Islã”, mas que na prática as comunidades islâmicas “têm *psicofobia*, têm preconceito contra o sofrimento e o adoecimento”, o que torna urgente a tomada de consciência de que muitas vezes “a pessoa tem fé sim, mas não consegue se mobilizar”. Para Samira, como psiquiatra e psicanalista o seu papel é o de “tentar achar o que está *ancorando* cada sujeito no mundo” e “pode ser que isso que sustenta ele no mundo por acaso seja a *nossa religião*”. O *sheikh* intervém e frisa para a plateia de muçulmanos-as que “os *nossos psiquiatras muçulmanos* sabem dos nossos valores islâmicos, sabem da *nossa mentalidade islâmica*, e que não há antagonismo entre a ciência e a *nossa fé*”.

O *sheikh* abre uma sessão para esclarecimento de dúvidas, que foram feitas por escrito e depositadas dentro de uma caixa que circulou pelas fileiras durante a palestra, provavelmente por acreditarem que os-as muçulmanos-as ali presentes se sentiriam mais à vontade para fazer perguntas anonimamente. Após uma rodada de questões, já finalizando a palestra, o *sheikh* conclui que “a religião te eleva e te leva à felicidade”<sup>20</sup>. Samira completa: “acho que nossa parte é fazer o que estamos fazendo hoje, quebrar tabus, repassar conhecimento . . . precisamos falar cada vez mais sobre o *sofrimento* que está presente na nossa comunidade”.

### 1.3 Os referenciais teóricos: articulando religião, gênero e sofrimento

“O que é o Islã? Uma religião? Uma civilização? Uma ordem social? Uma forma de vida? Uma tendência da história mundial? Uma coleção de atitudes espirituais?”: essas são algumas das perguntas que Geertz (2015, p. 81) faz retoricamente em uma de suas últimas obras, após dedicar grande parte de sua carreira ao estudo antropológico do Islã nos contextos indonésio e marroquino. Apropriando-me de suas indagações, ousaria palpar que o Islã é tudo isso e ainda mais, tamanha a complexidade que seu campo apresenta. Para Geertz (1973/2008), a religião é um sistema cultural: religião, portanto, também é cultura (p. 15). Existe uma visão de mundo permeando a crença e a prática religiosa, que descreve um *tipo de vida ideal* (Geertz, 1973/2008, p. 67): acredito ter evidenciado até aqui que o Islã é uma *forma de vida* que estabelece determinada ordem por meio de suas regras.

---

<sup>20</sup>Em uma apresentação que fiz sobre os dados parciais da minha pesquisa de doutorado em grupo de trabalho coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Siuda-Ambroziak na XIII Reunião de Antropologia do Mercosul, realizada de 22 a 25 de julho de 2019 em Porto Alegre, o Prof. Dr. Roberto Motta comentou ter percebido o que ele chamaria de “*pentecostalização do Islã*”, pois nunca havia se atentado para a potência do Islã em enfatizar a felicidade, a realização pessoal e o sucesso, características usualmente atribuídas às igrejas pentecostais. Busco entender o Islã sem compará-lo a outras religiões, mas a questão levantada pelo professor me fez refletir sobre dois outros fenômenos interessantes: um deles é a presença dos *sheikhs* nas redes sociais, o que lhes faz dialogar com um público mais jovem e leigo. Assim, adaptam tanto sua linguagem como a própria forma de transmitir o conhecimento para esse público. O segundo é a popularização dos *coaches* na comunidade, que geralmente estabelecem uma aproximação com a Psicologia Positiva para reforçar a leitura da religião como um meio para atingir a “felicidade” e o “sucesso”.

Em *Totem e Tabu* (1913/2012), Freud se aproxima da antropologia para fazer a articulação entre a morte do pai, o horror ao incesto e a ambivalência entre desejo e proibição desde esta comunidade primeva. Malinowski (1927/2013), ao analisar este mito, postula que a consequência deste ato é a de que os filhos parricidas passaram a empenhar-se “para estabelecer leis e tabus religiosos” e para “instituir formas de organização social” e, conseqüentemente, a cultura passa a ser entendida como composta por “organização, moralidade e religião” (p. 102). Para Freud, “as restrições do tabu são algo diverso das proibições religiosas ou morais”, pois as últimas “procedem do mandamento de um deus”, já os tabus não: eles “prescindem de qualquer fundamentação; tem origem desconhecida” (p. 42).

Apesar desta distinção, Freud aponta que “devemos voltar nosso interesse para o enigma do tabu”, visto que “as proibições morais e tradicionais a que obedecemos poderiam ser essencialmente aparentadas a esse tabu primitivo” e esclarecer o tabu também esclareceria “a origem de nosso próprio imperativo categórico” (p. 48). Assim, neste texto freudiano encontramos algumas diretrizes para pensar psicanaliticamente a origem das leis e a instauração da ordem social, sendo a religião uma de suas “grandes instituições”. Freud reconhece a dificuldade de “propor uma origem única para algo tão complicado como a religião”, cabendo a outros campos “resolver que importância relativa cabe, na gênese da religião, ao mecanismo aqui discutido” (p. 155).

Na antropologia, encontramos reflexão semelhante feita por Geertz (2004), quando afirma que “o entendimento da vida humana nenhum de nós tem competência para enfrentar sozinho” (p. 13). Para o antropólogo, pensar sobre religião exige um apanhado de conhecimentos diversos, pois “parte da resposta é certamente *psicológica* e tem a ver com necessidades individuais” e “parte é com certeza *social*” (p. 108)<sup>21</sup>. Por considerar a religião

---

<sup>21</sup>Essa afirmação de Geertz faz lembrar uma interessante citação de Freud, segundo a qual “toda a psicologia *individual* é também, desde o início, psicologia *social*” (1921/2011, p. 14). Vale ressaltar que o social-cultural perpassa toda a obra freudiana.

um “fenômeno social, cultural e psicológico (isto é, humano)”, Geertz nos lembra que seus seguidores vão “incorporá-la, vivê-la e dar-se a ela incondicionalmente” (p. 30), perscrutando “imagens e metáforas” religiosas para “caracterizar a realidade” (p. 16). Em busca das formas pelas quais os fiéis fazem essa explicação da realidade pautados nos princípios religiosos, Geertz sugere ser a saúde um de seus principais focos: afinal, “mais de uma pessoa já foi atraída ou fisgada pela religião na esperança, nem sempre vã, de melhorar de saúde” (p. 100). Seguindo esta perspectiva, a religião apresenta aos seus fiéis não só “técnicas de enfrentar a vida”, mas também “maneiras de conceber a vida”: em outras palavras, a religião dá sentido às experiências (p. 101).

A religião em sua função de provedora de sentidos foi extensamente trabalhada por Freud: em *O futuro de uma ilusão* (1927/2014), ele se dedica ao “significado psicológico das ideias religiosas” (p. 259). Para Freud, toda cultura se baseia na renúncia dos instintos (p. 239), e talvez “o mais importante elemento do inventário psíquico de uma cultura” seja justamente as “suas ideias religiosas no mais amplo sentido” (p. 245). À luz da psicologia, Freud aponta que as concepções religiosas se originaram primeiramente da necessidade do ser humano de proteger-se do poder superior da natureza e, depois, também “para corrigir as imperfeições da cultura, dolorosamente sentidas” (p. 254). Assim, “é criado um acervo de concepções, nascido da necessidade de fazer suportável o desvalimento humano” (p. 251).

Algumas delas, citadas por ele, são as seguintes: a ideia de que “o bem encontra sua recompensa e o mal seu castigo”, se não nessa vida, em existências posteriores; e de que a vida futura será fonte de “toda a perfeição”, sem os “terrores, sofrimentos e durezas” desta vida (p. 252) – concepções demasiadamente presentes em meu campo de pesquisa, como veremos nos próximos capítulos. Entretanto, para Freud, tais concepções, “em sua natureza psicológica”, são ilusões (p. 270): sem elas, o ser humano é colocado face a “seu completo desamparo” e à sua “irrelevância na engrenagem do universo”, deparando-se com a “vida hostil” tal qual ela é (p.

292). Assim, a religião responde à nossa impotência, buscando “esclarecer os enigmas do universo e nos reconciliar com o sofrimento da vida” (p. 262).

É em busca de respostas para a vida e para a atenuação do sofrimento que muitas mulheres chegam ao Islã, como percebi em campo e relatei no início deste capítulo. Como aponta Langdon (2003), “na busca de se compreender o sofrimento”, tende-se a buscar suas causas “nas relações sociais, ambientais e espirituais” (p. 98): muitas mulheres percorrem um caminho até chegarem ao Islã e depois dão seguimento à busca por soluções e alívio para o sofrimento junto à comunidade islâmica. Sobre a reversão ao Islã, especialmente feminina, estudos importantes vêm sendo realizados no Brasil (Marques, 2000; Montenegro, 2000; Ramos, 2003; Chagas, 2006; Barbosa-Ferreira, 2007; Dumovich, 2019). Antes de abordá-los, explico o meu interesse pelas mulheres muçulmanas brasileiras revertidas desde o mestrado e por quais motivos opto por seguir centrando atenção sobre elas em meu doutorado.

Barbosa-Ferreira (2010), em *Olhares Femininos sobre o Islã*, agrupou textos de pesquisadoras de Islã de diferentes instituições, todas versando sobre gênero. A organizadora buscava refletir sobre “até que ponto as pesquisadoras de Islã são agenciadas a pesquisar o lugar ocupado pelas mulheres muçulmanas na religião islâmica” (p. 215), pois parecia haver uma “necessidade de discutir as relações entre o feminino e o masculino na religião”, mesmo quando não era este o foco inicial de suas pesquisas (p. 216). Quando comecei meu trabalho em campo islâmico para estudar sexualidade, minha questão era desde o início direcionada às mulheres muçulmanas brasileiras: eu indagava como lidariam com o estereótipo sexualizado atribuído à mulher brasileira, aparentemente conflitante com as características que supomos pertencer às mulheres muçulmanas.

Também a minha forma de entrada na comunidade foi através da oportunidade de frequentar o curso de *Introdução ao Islã*, idealizado especialmente para os-as revertidos-as, sendo eu a única não-muçulmana da turma. Assim, desde o início o meu contato foi mais

próximo com estas mulheres. Conforme fui dando andamento à pesquisa, percebi junto às mulheres muçulmanas brasileiras revertidas a necessidade de que esforços de pesquisa fossem concentrados sobre elas, acompanhando uma tendência internacional atual do campo que é a de compreender as questões que afetam as mulheres revertidas nos mais diversos países, rompendo o estereótipo de que muçulmanas são necessariamente árabes: cada vez mais o Islã está presente globalmente e coloca novas questões aos pesquisadores interessados por estas comunidades.

Um outro fator que justifica o trabalho com *mulheres* muçulmanas, e não com os homens, é uma questão prática que é colocada pela própria configuração islâmica: o Islã é uma religião homosocial, ou seja, homens e mulheres não interagem socialmente com proximidade. Claro que na posição de pesquisadora é possível transitar pelos espaços, desde que mantendo o *adab*, a etiqueta requerida aos pesquisadores de comunidades islâmicas. Entretanto, como debati na dissertação de mestrado, é preciso ter ciência de que mulheres mais jovens e solteiras (como eu) podem ser mal interpretadas<sup>22</sup>. Assim, a categoria de gênero não apenas faz parte das minhas análises, mas é uma categoria que vem permeando os estudos islâmicos no Brasil<sup>23</sup>.

Ser uma pesquisadora mulher era, a meu ver, condição *sine qua non* para a realização da minha pesquisa sobre sexualidade: ainda que o campo sobre masculinidade no Islã esteja sendo aberto inclusive por pesquisadoras mulheres, como vem fazendo Chagas (2012), não caberia a mim naquele momento o diálogo com homens muçulmanos sobre tais questões de foro íntimo. Para esta pesquisa atual, embora o assunto permita maior flexibilidade do que o

---

<sup>22</sup>De acordo com Pasqualin e Barbosa (2016), a exibição da telenovela *O Clone* fez aumentar a quantidade de jovens solteiras que procuravam as mesquitas em busca de casamento. Ainda hoje permanece a desconfiança de que mulheres com estas características frequentam os espaços islâmicos por tal motivo, o que afeta bastante as brasileiras revertidas que muitas vezes se sentem na obrigação de “provar” que estão ali pela religião.

<sup>23</sup>Interessante constatar que isso também se refletiu em nosso grupo de pesquisa, o GRACIAS (Grupo de Antropologia em Contextos Islâmicos e Árabes), pois até recentemente todos os nossos estudos direta ou indiretamente dialogavam com a categoria de gênero: o meu, sobre sexualidade no Islã, dando ênfase às experiências de mulheres muçulmanas brasileiras revertidas (Paiva, 2018); o de Pasqualin, sobre casamento de mulheres brasileiras com homens muçulmanos estrangeiros (2018); o de Lima (2018), sobre homossexuais muçulmanos franceses que reivindicam uma islamicidade inclusiva; o de Silva (2019) sobre refugiados muçulmanos e suas sexualidades dissidentes na cidade de São Paulo; e o de Molina (2022), sobre as fotografias de Kaveh Golestan que retratavam a prostituição em *Shahr-e No* (Irã, 1975-1977).



estudado no mestrado, entendo que homens muçulmanos não se sentiriam à vontade para dialogar comigo sobre questões que muitas vezes são entendidas como uma “fraqueza”, uma “fragilidade”. Entramos aqui, de forma mais direta, na discussão de gênero: as características e os papéis atribuídos a homens muçulmanos e mulheres muçulmanas.

Do ponto de vista religioso islâmico, homens e mulheres são iguais perante Deus: “um muçulmano só é superior ao outro em termos de fé”, sendo esta “a única forma de diferenciar os indivíduos” (Wadud, 1999, p. 36). Entretanto, seria equivocado assumir que todos têm os mesmos direitos e responsabilidades, pois pela crença islâmica se entenderá que aos homens é dada a tarefa de ser provedor; às mulheres é atribuída a esfera do cuidado. Como apontei na dissertação, “esta ideia, antes de ser religiosa, está arraigada na sociedade há muito tempo” (Paiva, 2018, p. 32): aos homens, a vida pública e o sustento; às mulheres, a vida privada, o cuidado e a modéstia. Assumo a categoria de gênero e não de sexo por considerar que estamos falando não de características biológicas inatas, mas atributos que foram sendo construídos socialmente, muitas vezes manipulados por relações autoritárias de poder que mantêm tanto as desigualdades quanto os privilégios.

Apesar desta delimitação usualmente feita, o Islã é constantemente confrontado e, em tempos em que as concepções tradicionais da feminilidade e da masculinidade vêm sendo contestadas<sup>24</sup> (Ozyegin 2016), também os-as muçulmanos-as sentirão essa reverberação. Numerosas acadêmicas muçulmanas vêm propondo outras leituras religiosas que não a literalista, chaves de interpretação diversas das que vem sendo feitas historicamente por homens. Algumas delas são Fatema Mernissi, Leila Ahmed, Amina Wadud, Asma Barlas e Margot Badran; autoras às quais venho dedicando leitura atenta desde o início do mestrado e seguem sendo importantes referências (Paiva, 2018, p. 41). Cada uma defende, à sua maneira,

---

<sup>24</sup>Exemplo simples, porém elucidativo, consta em minha dissertação: na ocasião, a interlocutora Cristina dizia ser a responsável pelo sustento, enquanto que o marido, egípcio, cuidava mais ativamente da casa e dos filhos, o que inverte a lógica tradicional islâmica (Paiva, 2018, p. 111).

que reinterpretações sejam feitas para resgatar a igualdade de gênero que estaria na base do Islã. Além disso, embora seja um assunto visto como controverso por muitos muçulmanos, autores como De Soudy (2013) apontam a existência de uma “crise da masculinidade islâmica”: esta, atribuída ao homem heterossexual, viril e mantenedor, gera toxicidade sobre eles e sobre suas relações com as mulheres muçulmanas.

Abu-Lughod (2013) reforça que o Islã não está confinado a uma sociedade ou tradição cultural, mas frequentemente tenta-se desprivilegiar a mulher muçulmana por um uso degenerado do marcador étnico-racial, que se soma à gênero e à religião<sup>25</sup>. A religião é universal, mas ainda persiste o estereótipo da “superioridade árabe” e, como comenta Dumovich (2019), a sensação de “diferença” entre as nascidas na religião e as revertidas repousa mais na categoria étnica do que propriamente na categoria religiosa.

Devido a esse sentimento de diferença em relação às “muçulmanas originais”, como às vezes é dito dentro das comunidades, que seriam as nascidas muçulmanas, especialmente as de origem árabe, percebe-se uma tendência entre revertidos-as para seguir as regras religiosas de maneira mais rigorosa<sup>26</sup>. Assim, de acordo com Dumovich (2019), buscar conhecimento e a partir dele tentar ser um exemplo de conduta é uma forma da revertida se autoafirmar, face à desvantagem que sente em relação às nascidas na religião. De um lado, as revertidas querem aprender corretamente os princípios e práticas, o que pode trazer certo rigor; por outro lado, muitas vezes imiscuem o Islã de outros referenciais advindos de seu *background*. São, portanto,

---

<sup>25</sup>Em minha dissertação, narro a forma com que Cristina se definia: “eu sou muçulmana, brasileira, estudante, trabalhadora, esposa, mãe”. A todo momento, demarca ser *muçulmana brasileira* – não de origem árabe ou outra. A fala da interlocutora nos ajuda a entender o papel da etnicidade na construção e consolidação das identidades muçulmanas (Paiva, 2018, p. 79).

<sup>26</sup>Em apresentação que fiz do meu trabalho de mestrado no *Fazendo Gênero*, ocorrido em Florianópolis em 2017, uma mulher muçulmana que estava presente fez um desabafo emocionado: como revertida, sente que precisa se esforçar mais para ser uma “boa muçulmana”. Segundo seu relato, a desvalorização que sentem por parte de alguns dentro das comunidades islâmicas, somada às dificuldades de aceitação que muitas vezes passam em seus círculos sociais anteriores à entrada na religião, além do próprio processo de aprender o Islã, que às vezes é tortuoso, traz muito sofrimento para algumas mulheres revertidas.

variantes os níveis de flexibilidade e rigidez, o que faz com que o entendimento e as apropriações sejam distintos.

Dado tudo o que foi exposto, definir o foco da minha pesquisa junto às revertidas se justifica pela minha proximidade de campo junto a elas; por serem as revertidas menos citadas na literatura do que as mulheres de origem árabe; e pelo fato de algumas destas mulheres chegarem até o Islã justamente devido a uma experiência prévia de intenso sofrimento.

No já referido curso que frequentei, o número de mulheres era o dobro do de homens, e o mesmo percebi em todas as outras palestras e eventos nos quais estive presente até hoje: as mulheres sempre constituem maioria. Cursos, aulas e palestras são as formas privilegiadas de transmitir conhecimento religioso para os-as revertidos-as e outros interessados. Os espaços religiosos islâmicos sempre significaram mais do que um local de oração, e desde os primórdios da religião relacionam-se aos contextos de educação, socialização e promoção de saúde (Al-Krenawi, 2016; Rassool, 2014).

Entende-se que os-as revertidos-as precisam, basicamente, conhecer os textos fundadores da religião e aprender as práticas rituais islâmicas e, após a socialização “pedagógica” na doutrina e rituais islâmicos (Chagas, 2006, p. 10), os-as revertidos-as passam a produzir efeitos na comunidade, apropriando-se do conhecimento e então fazendo a articulação entre os princípios islâmicos universais e os seus aspectos locais, o que faz o Islã ganhar um colorido específico em cada comunidade. No Brasil, os-as revertidos-as enfrentam obstáculos para acessar informações religiosas com maior aprofundamento teológico, já que a maioria não fala árabe e as traduções para o português dão conta apenas do básico. Assim, ressalta-se a importância das palestras religiosas nas mesquitas, visto que para galgar um degrau rumo ao conhecimento muitos-as muçulmanos-as dependerão inteiramente do que é transmitido oralmente a eles pelos líderes religiosos nesses espaços.

As pesquisas sobre revertidos-as têm se debruçado sobre suas trajetórias e, dentre esses estudos, ressalto dois deles como pontos de partida para reflexão. Montenegro (2013) trabalha com a categoria da “ruptura”: grande parte dos que se reverterem ao Islã sofreram desilusões de diversas ordens, como desencantos amorosos<sup>27</sup> e, muitas vezes, desapontamentos sociais<sup>28</sup>, e acabam encontrando nesta religião uma possibilidade de traçar um novo “projeto de vida” (p. 32). Dumovich (2019) aponta que, no “epicentro das trajetórias de conversão” das muçulmanas, há uma “crise de vida e do afeto” (p. 18). A pesquisadora define como crise de vida “o período de instabilidade emocional vivido pelo sujeito”, fase caracterizada “pela insatisfação, conflito e sofrimento, que é, ao mesmo tempo, um momento de reflexividade, abrindo caminho para novas experiências” (p. 18).

Endosso os achados e análises feitas pelas autoras e, a partir disso, entendo que para além da discussão saúde-doença, devo recorrer analiticamente à categoria do sofrimento, por considerar que este permite uma aproximação com a dimensão religiosa, antropológica e psicológica-psicanalítica, além de facilitar minha aproximação junto às mulheres muçulmanas: trata-se de um propício eixo articulador.

Como mostrei nas descrições destes meus primeiros meses de pesquisa, encontramos no Alcorão e nos textos fundadores islâmicos muitas referências ao sofrimento. Os *sheikhs* parecem fazer uma aproximação entre felicidade, saúde, sofrimento e doença; e oscilar entre os termos, frequentemente de forma ambígua. Tal discrepância talvez tenha ficado evidente na palestra da psiquiatra e psicanalista Samira, que fala a todo o tempo de sofrimento, ao passo de que o *sheikh* faz uma constante tradução do que ela está falando para os termos da felicidade. Joana e as minhas interlocutoras de mestrado sinalizaram que *experiências de sofrimento* levam

---

<sup>27</sup>Pasqualin e Barbosa (2016) citam que ouvem bastante em campo que “os muçulmanos casam, os brasileiros não querem se casar” (p. 71), o que parece chamar positivamente a atenção das brasileiras em relação aos muçulmanos.

<sup>28</sup>Tomassi (2011), em sua dissertação de mestrado sobre *performances* islâmicas no movimento *hip hop* nas periferias, aponta que muitas pessoas que ela entrevistou chegaram ao Islã por meio do movimento negro e viram no Islã uma religião que abraça a sua luta social.

algumas mulheres a buscar novas concepções de mundo no sistema simbólico islâmico e que, como muçulmanas, esse sofrimento vai sendo (re)significado. O *sofrimento* surge como uma categoria sobre a qual o próprio campo islâmico está me chamando para refletir: é, portanto, também uma *categoria nativa*.

O sofrimento, neste contexto, não se reduz a uma concepção de mundo pessimista: tal categoria é adequada para se pensar a condição humana em sentido ampliado, e não apenas um estado temporário de saúde ou de doença. Compreende-se que o sofrimento, por abarcar dimensões diversas, nos provoca a refletir sobre o que nos afeta física, mental e espiritualmente, de forma mais consistente e menos volátil. Consoante Siddiqui (2021), quando pensado desde o ponto de vista religioso islâmico, o sofrimento humano é visto como a realidade mais fundamental na vida das pessoas: a visão que o Islã traz do sofrimento é, em certos aspectos, existencial e cotidiana. Ademais, aponta Siddiqui (2021) que a noção islâmica acerca do sofrimento envolve um fortalecimento das qualidades humanas: toda a narrativa religiosa do Alcorão é construída em torno da luta humana, de uma jornada em que nenhum homem carrega o fardo de outro, trilha na qual se deve permanecer firme, mostrando paciência (*sabr*) e confiança.

Além do sofrimento como categoria nativa, reflete-se sobre os motivos pertinentes para que seja uma opção teórica. A literatura sobre a categoria sofrimento é vastíssima, fomentada principalmente pelos campos da religião, da psicologia, da psicanálise e da filosofia (Siddiqui, 2021). Já justificado o acionamento da categoria do sofrimento por demanda do próprio campo, trago à baila algumas das principais fundamentações teóricas que embasarão esta tese, pautando-me em referenciais antropológicos e psicológicos-psicanalíticos.

Em *O mal-estar na civilização*, Freud (1930/2010) diz que o homem entende a religião como um “sistema de doutrinas e promessas que de um lado lhe esclarece os enigmas deste mundo com invejável perfeição”, e de outro “lhe garante que uma solícita Providência velará

por sua vida e compensará numa outra existência as eventuais frustrações desta” (p. 26-27). Mais uma vez, reforça que a vida “é muito difícil para nós, traz demasiadas dores, decepções, tarefas insolúveis” e “para suportá-la, não podemos dispensar paliativos” (p. 28). O que os homens buscam da vida é a felicidade: “querem se tornar e permanecer felizes” (p. 29). Mas, mais do que buscar “fortes prazeres”, o ser humano acaba por se contentar com a “ausência de dor e desprazer” (p. 30). Ele prossegue: “aquilo a que chamamos felicidade” é possível “apenas como fenômeno episódico”, já o sofrimento seria “bem menos difícil” de ser experimentado. Para Freud, o sofrer nos ameaça a partir de três fontes: o corpo, que esmorece; o mundo externo, por meio de suas “forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras”; e as relações com os outros seres humanos, sendo este último o que “experimentamos talvez mais dolorosamente que qualquer outro” (p. 31).

Freud articula religião e sofrimento na medida em que a religião, de acordo com ele, impõe “igualmente a todos o seu caminho para conseguir felicidade e guardar-se do sofrimento”, ideia que será retomada no capítulo 3, tanto pelo *sheikh* quanto pela psicanalista. Entretanto, de acordo com Freud, nenhum caminho seria capaz de conduzir o ser humano seguramente à felicidade e “tampouco a religião pode manter sua promessa” (p. 42). Geertz (2001) também enumera as formas pelas quais as religiões buscam atenuar o sofrimento humano: para muitos, a fé “sustenta, cura, consola, corrige as injustiças, melhora a sorte, garante recompensas, explica, impõe obrigações, abençoa, esclarece, reconcilia, regenera, redime e salva” (Geertz, 2001, p. 159).

O ser humano sempre buscou dar sentido à sua existência. A noção de sofrimento que nos dá a psicanálise é a de que se trata de uma *experiência* humana incontornável, advinda do conflito entre natureza e cultura. A entrada na vida coletiva torna a *experiência do sofrimento* parte da condição humana e os interditos, necessários para a vida em sociedade, vão sendo atualizados de formas diversas pela cultura: teríamos, portanto, uma noção de sofrimento

conectada à noção de cultura e às nossas dificuldades perante a ela. Assim, de certa maneira, e como já anunciava Freud em seus clássicos escritos, é possível pensar que sofremos *de acordo com a cultura e também pela cultura*.

Uma das mais densas concepções de sofrimento que sempre nos perpassou é a religiosa. Com a modernidade, a religião não declina, segue como potência<sup>29</sup>, mas assiste à crescente valorização do conhecimento médico, técnico e científico, que passa a sugerir o sofrimento como sinônimo de doença: algo que deve ser controlado, eliminado, tratado, medicado ou, no mínimo, evitado a qualquer custo. A experiência de sofrimento, outrora naturalizada como parte da vida, dá lugar ao sofrimento patologizado, antinatural, sobre o qual a medicina precisa intervir. A mudança desse paradigma se deu especialmente com “o nascimento da clínica” (Foucault, 1963/2011), quando a saúde passa a ser um valor maior, e as sociedades passam a se ocupar das já mencionadas equivalências com a “qualidade de vida” e com o “bem-estar”: passa-se a exigir do corpo e da mente as suas máximas potências. Tanto é que, atualmente, uma vida saudável é sinônimo de um projeto de felicidade (Szapiro, 2005): associa-se indiscriminadamente saúde-felicidade e sofrimento-doença. Por um lado, a busca incansável por saúde; por outro, a patologização das experiências de sofrimento.

Assim, uma análise preliminar dos dados obtidos nos meses iniciais de pesquisa me permitiram ressaltar duas fortes tendências percebidas em campo islâmico, ambas diretamente atravessadas pelos modelos explicativos que a religião oferece para saúde-doença-sofrimento: 1- *a religião como fator de prevenção em saúde mental*, ou seja, a ideia de que a saúde mental é passível de prevenção e que cabe à religião agir sobre ela por meio de “ações educativas”, ensinando e divulgando as atitudes que ela considera saudáveis e incentivando comportamentos pautados nas doutrinas e rituais islâmicos; 2- *saúde mental como doença/transtorno*, como

---

<sup>29</sup>De acordo com a célebre afirmação de Lacan, “a religião triunfará”: “ela ferverá”, é “inquebrantável”, pois é capaz “de dar um sentido a realmente qualquer coisa” e “terá então muito mais razões ainda para apaziguar os corações” (2005, p. 65).

patologia, dando ênfase ao que vem sendo nomeado internamente como “ansiedade” e “depressão”: isso indica que também dentro das comunidades islâmicas delimita-se o *normal* e o *patológico* (Canguilhem, 1966/2011).

Dada a sua inerente subjetividade, o sofrimento não é palpável, mas nomeá-lo é uma forma de operacionalizá-lo: a racionalidade diagnóstica é uma forma de dar um contorno ao sofrimento. De acordo com Dunker (2015), “o ato diagnóstico ocorre no interior de um sistema de possibilidades predefinidas envolvendo um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular” (p. 20). Embora o diagnóstico usualmente tomado como “oficial” seja o pautado na biomedicina, há também o diagnóstico psicanalítico, por exemplo, que é de outra ordem; encontramos também o recrudescimento do autodiagnóstico, o que precisa ser problematizado.

Quando os *sheikhs* falam de “depressão” ou “ansiedade”, também eles seguem uma certa *racionalidade diagnóstica*, condensando e agrupando determinados signos, transmitindo-os aos fiéis e assim legitimando-os perante a comunidade, visto que são autoridades religiosas. Como sugere Dunker (2015), a “racionalidade diagnóstica opera cifrando, reconhecendo e nomeando o mal-estar em modos mais ou menos legítimos de sofrimento” (p. 21). Se tal “nome” parece dar legitimidade ao sofrimento para que este possa ser “partilhado pelos que o reconhecem e se reconhecem nessa experiência”; também é preciso analisar em que medida esta nomeação “reduz, comprime e generaliza” a experiência (p. 24).

As nomeações, por meio de categorias diagnósticas, são “formas de *descrever e classificar o sofrimento*”, algo que vem sendo feito ainda mais intensamente nas últimas décadas. Julgo a reflexão como conveniente a esta tese porque, como evidenciado nas seções acima, as comunidades estão falando em “depressão” e “ansiedade”, significantes que na atualidade têm sido privilegiados na designação do sofrimento (Coppedê, 2016) – quando algumas interlocutoras da pesquisa narram suas experiências relativas à depressão e à



ansiedade, acionam tais terminologias porque estas parecem abarcar e dar forma ao seu sofrimento. De acordo com Safatle (2019), falar do sofrimento nomeando-o de acordo com uma categoria nosográfica específica muda não apenas a nossa maneira de falar do sofrimento: muda também nossa própria forma de sofrer. Assim, agrada-me a ideia de pensar o diagnóstico não apenas como “ato de nomeação clínica”, mas, como sugere Dunker, pensar uma *diagnóstica*, no sentido de “reconstrução de uma forma de vida” - reconstrução esta que, no caso das mulheres muçulmanas revertidas, passará pela religião.

Montero (1985), em sua pesquisa sobre saúde-doença-cura na umbanda, aponta que é certo que nas religiões encontramos outras racionalidades que diferem da médica, técnica e científica. Entretanto, usualmente as representações religiosas vão incorporar parte das definições da “medicina oficial”, extraindo dela o que lhes convém. Pelo que já constatei em campo, o religioso, o médico, o psicológico, o social, o individual, o científico, o senso comum, entre tantos outros, não se excluem: vão sendo combinados e acionados de formas diversas. Tais racionalidades às vezes se encontram, às vezes se tensionam, às vezes até mesmo podem se opor, mas é justamente neste balanço que vai sendo *construído* o entendimento sobre saúde mental dentro das comunidades islâmicas.

Nesta tese, darei destaque às mulheres muçulmanas brasileiras, mas também os *sheikhs* e os profissionais muçulmanos do campo *psi*<sup>30</sup> terão espaço, lançando atenção aos seus processos de construção, transmissão e apreensão de significados. Assim, não cabe falar de um único ponto de vista islâmico sobre saúde mental, pois a temática envolve “contradições, conflitos de interesse, dúvidas e discussões” (Abu-Lughod, 2018, p. 209). É esperado que se apresentem em campo tanto os diálogos como as disputas, o que dá espaço para normas e

---

<sup>30</sup>“Campo *psi*” está sendo aqui tomado como o conjunto de saberes da psicanálise, psicologia e psiquiatria (Russo, 2002) e os profissionais que atuam nessas áreas. Por ora, é preciso sinalizar que estes profissionais e seus saberes fazem parte das comunidades islâmicas. As diferenças entre eles serão aprofundadas em ponto futuro do texto.

regularidades; mas também para as fissuras e dissonâncias, a depender de como estas vão sendo articuladas e negociadas pelos atores sociais que compõem as comunidades.

Dentro da perspectiva adotada para esta tese, parte-se do princípio que os fenômenos de saúde-doença-sofrimento são complexos e demandam olhares ampliados, rompendo a rigidez das fronteiras entre os saberes. Aqui, trago referenciais que como pesquisadora considero relevantes para adensar minhas análises, mas ainda mais desafiador do que partir *a priori* de qualquer definição de saúde-doença-sofrimento é entender essa tríade na perspectiva desses diferentes agentes: como eles e elas entendem, entrelaçam e fazem uso dessas categorias para explicar e viver suas realidades.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo geral**

Compreender as concepções e as experiências de mulheres muçulmanas brasileiras em relação à saúde mental.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

Pretende-se, mais especificamente: analisar as experiências de sofrimento narradas pelas mulheres muçulmanas brasileiras; verificar o papel do Islã como um possível mecanismo de enfrentamento do sofrimento para essas mulheres; identificar o conteúdo sobre saúde mental transmitido pelos *sheikhs* e por profissionais muçulmanos do campo *psi* dentro das comunidades islâmicas brasileiras; descrever as regras e os rituais islâmicos relacionados à saúde mental; apontar facilidades e desafios da atuação psicológica junto às mulheres muçulmanas.

## 1.5 Justificativa

De acordo com o exposto, parte-se do princípio de que a religião é um importante elemento para a constituição das subjetividades: aproximar-se do universo cultural-religioso significa aproximar-se da compreensão do ser humano que nele está inserido. A religião, embora seja parte da dimensão social-cultural, é muitas vezes negligenciada dos estudos psicológicos. Em se tratando especificamente da religião islâmica, esta é pouco estudada e representada na literatura psicológica, o que sugere ser necessário promover uma aproximação em relação aos muçulmanos-as em seus contextos: compartilhamos da posição de Maldonado-Torres (2007, p. 145) de que “a desqualificação epistêmica se converte em instrumento privilegiado da negação ontológica” e, como aludem Alves e Delmondez (2015), a não-representação e o não-reconhecimento de determinados sujeitos no campo da Psicologia é uma forma de manutenção da opressão e subalternidade aos quais estão submetidos.

Como justificado pelo levantamento bibliográfico e pela experiência de campo da pesquisadora, é incipiente a bibliografia sobre saúde mental dedicada a esta religião e aos seus seguidores no panorama da pesquisa psicológica do país. Além disso, a pesquisa se justifica por ser uma demanda interna das comunidades islâmicas brasileiras.

Acredita-se que a alteridade, o reconhecimento da perspectiva do outro, é crucial para o profissional da psicologia e para que se teça continuamente a ampliação do conhecimento sobre a sociedade, em sua pluralidade. Assim, a realização desta pesquisa visa suprir a lacuna da ausência de pesquisas sobre a relação saúde mental-Islã no Brasil, encorajando um olhar psicológico mais atento às questões religiosas.

Espera-se que este estudo traga contribuições para a área, visto que a psicologia deve estar comprometida com a inclusão social dos diferentes grupos, o reconhecimento da importância de seus saberes e fazeres, o fortalecimento dos protagonismos e o fomento de reflexões culturalmente sensíveis. A execução desta tese, somada a outras pesquisas que vêm

sendo desenvolvidas pelo Grupo de Antropologia em Contextos Islâmicos e Árabes (GRACIAS), busca abrir espaço para que novas compreensões e intervenções possam ser produzidas e praticadas neste campo, possivelmente gerando impacto científico e social.

## 1.6 Método

Este estudo exploratório-descritivo se ampara na abordagem qualitativa de pesquisa, por privilegiar a busca compreensiva dos significados e das experiências dos interlocutores em relação à interface entre a saúde mental e a religião islâmica. Inicialmente idealizada como uma etnografia, a tese teve seu percurso metodológico alterado não apenas por uma escolha, mas por uma imposição: não há como não abrir esta seção mencionando a situação emergencial da pandemia de Covid-19, e os atravessamentos que ela exerceu sobre o processo de pesquisa.

A etnografia é uma prática de pesquisa que exige dos pesquisadores a disponibilidade para “estar lá”, entre as pessoas, de forma constante e intensa. Parafraseando Geertz (1973/2008), quando dizia ser preciso não apenas estudar *as* aldeias, mas *nas* aldeias (p. 16), para a realização de uma etnografia seria necessário estudar *as* comunidades islâmicas *nas* comunidades islâmicas, algo inviabilizado pelas medidas de saúde adotadas em razão das circunstâncias pandêmicas. Tais restrições de circulação interditaram o “corpo participante” (Barbosa, 2021) da pesquisadora: a fragilidade e as limitações de nossos corpos, tão evidenciadas pela pandemia, inevitavelmente geraram efeitos e consequências também sobre o *corpus* desta pesquisa.

Embora seja possível realizar uma etnografia em ambiente digital e considerar que o campo não é espaço físico material, mas sim um campo-tema (Spink, 2003), ao colocar em xeque tanto as demandas deste estudo quanto as reais possibilidades de executá-lo em meio à crise sanitária, fez-se necessário ser flexível – assim como nossas vidas tiveram que ser rearranjadas em distintos aspectos, também verificou-se que o planejamento metodológico

desta tese carecia de revisão. Após feitas as devidas reconsiderações, optou-se pela adoção do método clínico-qualitativo, devido à compatibilidade de seus pressupostos com os objetivos assumidos neste estudo, e pela viabilidade de sua articulação com as necessidades impostas por tal eventualidade extraordinária.

Dentro da denominada abordagem qualitativa podem ser encontradas variadas opções metodológicas disponíveis para pesquisa em Psicologia. De modo geral, a pesquisa qualitativa preocupa-se com os processos de construção e descrição de significados (Bogdan & Biklen, 1994) mas, por ser vasta, apresenta aos pesquisadores possibilidades diversas de planos de investigação, técnicas, procedimentos.

De acordo com Turato (2000), o método clínico-qualitativo consiste em um conjunto de técnicas e procedimentos científicos “adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos relacionados à vida do indivíduo”, sendo especialmente pertinente para investigações que tangenciam a saúde, como “tópicos ligados à saúde/doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como lidam com suas vidas” (p. 96). Assim, apoia-se em métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas, refinando-os para que atendam às especificidades do campo da saúde (Silva, Herzberg & Matos, 2015, p. 99).

Como a saúde mental alude às esferas biológica, psicológica, social e espiritual, esta pesquisa ancora-se em duas bases, uma sócio-antropológica e outra de âmbito clínico, lançando, dentro desta última, uma atenção privilegiada aos referenciais psicodinâmicos. Através da combinação entre o trabalho de campo e a realização de entrevistas em profundidade, foi possível apreender os “significados psicológicos e socioculturais” sobre saúde mental tais quais vividos e narrados pelos próprios sujeitos da comunidade (Marin, Schaefer, Lima, Rolim, Fava & Feijó, 2021, p. 8).

A primeira etapa do trabalho de campo consistiu em frequentar eventos relacionados à saúde mental promovidos pela Mesquita de Santo Amaro, na cidade de São Paulo, e outras visitas esporádicas ao longo do ano de 2019 - como se sabe, a produção de conteúdo é mais expressiva nas comunidades de São Paulo, tomada como referência nacional por ser onde se concentram os muçulmanos e as mesquitas. Ainda que breve, tal assiduidade em campo presencial possibilitou a apreensão de discursos circulantes sobre o tema da saúde mental na comunidade, assim como o estabelecimento de laços de confiança com os membros do grupo.

Barbosa-Ferreira (2009a) explica que quando se busca compreender verdadeiramente o universo do-a muçulmano-a, apenas “formular perguntas e coletar respostas” é insuficiente: muitas respostas só serão encontradas “na própria esfera do sensível” (p. 460). Como aponto em minha dissertação de mestrado, desde o primeiro dia em campo islâmico fui alertada para o fato de que “o Islã é gota a gota, não é de colherada”: trata-se de um campo repleto de nuances e sutilezas (Paiva, 2018, p. 50). O campo vai se mostrando aos poucos, pelas beiradas, e a relação estabelecida nele com as pessoas é fundamental para que a pesquisa se desenvolva.

A partir de 2020, o trabalho de campo foi continuado, mas os dados foram coletados exclusivamente em ambiente digital. De acordo com Parreiras (2020), o digital pode ser ferramenta, mas também campo e/ou contexto: a pesquisa pode ser feita “em/dos/sobre” contextos digitais. Aqui vale mencionar a opção deliberada pelo termo “digital” em detrimento do “virtual”: o “digital” nos dá a dimensão relacional, ao passo que o “virtual” estabelece uma falsa dicotomia com o real – tal ideia vem sendo desconstruída por meio do entendimento de que o “virtual” é também uma dimensão da realidade.

Uma preocupação especial dos pesquisadores é a de que o digital tensiona a relação público/privado, desfavorecendo o segundo e enfatizando o primeiro, mas cabe seguir prezando pelo respeito, pela ética e pela escuta como alguns dos princípios norteadores da pesquisa. Além disso, Parreiras (2020) alerta os pesquisadores para que estes não cedam a discursos rasos: a

migração do presencial para o digital não invalida a pesquisa, assim como não significa que ela seja menos importante nem menos científica do que a pesquisa presencial – também no digital foi possível *circular* em alguma medida.

Além da observação feita em campo presencial e digital, cujas descrições foram registradas em caderno de campo, fez-se crucial a realização de entrevistas: entende-se que a observação certamente mostra determinados cenários, atitudes e práticas que talvez a palavra não seja capaz de explicar; já as entrevistas permitem outros níveis de entendimento, sendo complementares uma à outra. Entre outubro de 2019 e março de 2022, foram realizadas nove entrevistas em profundidade com mulheres muçulmanas brasileiras: dentre estas, sete são revertidas ao Islã e duas são nascidas em famílias muçulmanas de origem árabe.

Como a orientadora desta pesquisa possui uma ampla rede de contatos junto à comunidade, as interlocutoras foram selecionadas intencionalmente, o que também é chamado de amostragem por julgamento: trata-se de selecionar deliberadamente determinados participantes que estejam dispostos a fornecer as informações em virtude do *conhecimento e/ou experiência* que possuem em relação à temática investigada (Bernard, 2002) - são, portanto, escolhidos por serem representativos em relação ao propósito da pesquisa. Em uma pesquisa dessa complexidade, é preciso deixar registrado os cuidados da indicação, porque a confiança nos trabalhos previamente desenvolvidos pelas pesquisadoras foi fator fundamental para que dessem sua anuência.

Para a seleção das mulheres muçulmanas participantes deste estudo, o critério de inclusão foi ter experimentado algum tipo de sofrimento psíquico em determinado momento da vida. Foram considerados tanto os diagnósticos formais quanto os informais, ou seja, dados pela medicina, pela psicanálise, um autodiagnóstico ou outro. As diferenças de idade, de estado civil, ocupação, tempo de reversão, entre outras, foram levadas em consideração ao longo das análises e discutidas caso a caso, quando se mostraram oportunas. Foram respeitados os limites

das interlocutoras: muitas vezes, foi possível inferir que queriam manter algumas questões no âmbito generalista, sem entrar em tantos detalhes.

Além disso, mesmo dentro do que quiseram compartilhar publicamente, é preciso ser minuciosamente cuidadoso em relação à descrição dessas interlocutoras, para mantê-las em total estado de discrição. Vejo-me na obrigação de lembrar que as comunidades islâmicas brasileiras não são abundantes nem extensas, e muitas interlocutoras, a depender da informação repassada, podem ser facilmente reconhecidas, pelo local de nascença ou residência, profissão, idade, tempo de reversão, se são ou não casadas, se têm ou não filhos etc. Em função disso, as características aqui compartilhadas foram criteriosamente selecionadas: são apresentadas apenas aquelas que são indispensáveis para a congruência da apresentação dos dados de pesquisa e das análises deles decorrentes.

As entrevistas não contaram com roteiro fixo de perguntas, mas sim tópicos norteadores, incentivando as interlocutoras a assumirem papel ativo e se expressarem com o máximo de espontaneidade – as narrativas, originais e surpreendentes, extrapolam o que “o pesquisador havia imaginado ou categorizado previamente” (Fontanella, Campos & Turato, 2006, p. 816). Em linhas gerais, buscou-se compreender junto às mulheres muçulmanas brasileiras os seguintes tópicos: suas histórias de vida; percepções gerais sobre a religião; suas experiências pessoais e os sentidos atribuídos à saúde mental-sofrimento; a importância do pertencimento religioso neste enfrentamento; como aplicam em seus cotidianos o modo de vida e as regras islâmicas, entre outros.

Uma das premissas do método clínico-qualitativo é o acolhimento das angústias dos interlocutores, oferecendo-lhes ouvidos qualificados para a escuta dos sofrimentos que lhe acometem. Tal primazia dada à relação acolhedora entre pesquisadora e interlocutoras foi importante, uma vez que falar sobre sofrimento psíquico/saúde mental pode ser desagradável e doloroso e, considerando a intersecção com a religião, sabe-se ser este um tema usualmente



considerado como delicado em contextos islâmicos, por apresentarem concepções diferentes de saúde/doença e de individual/coletivo. Ainda que o contato tenha sido mediado pelas telas, privilegiou-se o conforto, a disponibilidade e a privacidade para garantir às interlocutoras segurança física e psicológica.

Entendeu-se que, justamente pelas questões contextuais esmiuçadas acima, as entrevistas deveriam prezar pelas trocas afetivas. Mais do que realizar meras entrevistas frias, enrijecidas e distanciadas, eu quis conhecer essas mulheres a fundo, mas sem extrapolar o que elas queriam que eu conhecesse nesse momento: trata-se de ouvir não necessariamente o que queremos, mas “o que os nossos interlocutores têm a dizer” (Uriarte, 2012, p. 6).

Por ser uma pesquisadora psicóloga, realizando um estudo sobre saúde mental em plena pandemia, período em que nossos conflitos, perturbações, dificuldades e emoções estavam aflorados, o *setting* estabelecido para o diálogo com as mulheres muçulmanas brasileiras assumiu a forma de um “divã digital” - assim, os leitores *psi* perceberão a marca clínica que opto conscientemente por deixar registrada no texto, integrando-a ao processo de produção e discussão de sentidos. Vale lembrar que estamos falando de mulheres que na maior parte do tempo não encontraram escuta em outros meios, e era justamente isso o que eu tinha para lhes oferecer: mais do que lhes dar voz, dar-lhes ouvidos. Partilho do que apontou Pasqualin (2018) em sua tese de doutorado: em campo, encontramos “mulheres com dificuldades de encontrar escuta e ansiosas para narrarem suas histórias” (p. 23). Se durante o processo de pesquisa o corpo participante foi vacilante, a escuta, por outro lado, amplificou-se.

Como considero que o tema da saúde mental no Islã é resultado de uma polifonia, julguei ser necessário ouvir outros agentes sociais que formam e configuram as comunidades islâmicas. Para tanto, foi realizada adicionalmente uma entrevista com um *sheikh*, autoridade religiosa islâmica. Como já apontado, os *sheikhs* são os transmissores do conhecimento: a entrevista permitiu complementar e aprofundar o que eu já havia observado em campo, além de sanar

dúvidas geradas ao longo do percurso de pesquisa. Por fim, dialoguei com uma profissional de saúde mental da comunidade, pois me pareceu interessante analisar como estes profissionais articulam os saberes religiosos com os saberes *psi*, e entender quais são as facilidades e desafios que se apresentam em suas práticas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem, sob CAAE nº 12857019.6.0000.5407, e garantiu aos interlocutores e interlocutoras o caráter voluntário da participação, bem como a confidencialidade dos dados, por meio de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram feitas por chamadas de vídeo em plataformas diversas como *Google Meet*, *Zoom*, *Skype* e *WhatsApp*, de acordo com a preferência do-a interlocutor-a. O tempo de duração não foi previamente demarcado, tendo variado entre 60 e 300 minutos cada. Com a anuência dos-as interlocutores-as, foram gravadas digitalmente e posteriormente transcritas *ipsis litteris*.

A análise do *corpus* se deu concomitantemente à coleta: a partir da atenção flutuante, foram captados os tópicos emergentes conforme revestidos de relevância pelos-as próprios-as participantes. A partir disso, as análises foram construídas por meio da articulação dos dados com referenciais nativos e com referenciais acadêmico-teóricos que foram extraídos da revisão de literatura que vem sendo feita ininterruptamente desde o final de 2018.

A riqueza diversificada das concepções e experiências relatadas reforça que a teoria está em ação e que os achados estão constantemente reconfigurando e refinando os referenciais teóricos prévios (Peirano, 2008). Assim, os dados obtidos em campo possuem potencial para que deles próprios surjam outras possíveis e pertinentes teorizações.

# PARTE II: MENTE

"Moldado em barro,  
misturado porém à substância da certeza,  
tu, guardião do tesouro da luz sagrada,  
vem, retorna à raiz da raiz de ti mesmo."  
– Jalâl al-Din Rûmî.



## 2. *Estudo da alma: concepções psicológicas islâmicas e a psicologia moderna*

### 2.1 O advento do Islã

Lê, em nome de teu Senhor, que criou o ser humano de uma aderência. Lê, e teu Senhor é O mais Generoso, que ensinou a escrever com o cálamo, ensinou ao ser humano o que ele não sabia (Alcorão, 96:1-5).

Os versículos acima foram os primeiros revelados pelo anjo Gabriel (*Jibrail*) ao Profeta Muhammad, no ano 610. Diz-se que, pouco antes desse acontecimento crucial, Muhammad, já se acercando de seus quarenta anos de idade, havia começado a fazer retiros espirituais, recolhendo-se em uma caverna no Monte Hira, nos arredores de Meca. Certo dia, recebe a visita do anjo dando-lhe ordens de recitar. Muhammad, assustado, pensou que o anjo “o havia tomado por um *kahin*, um adivinho” (Armstrong, 2002, p. 93), mas o anjo o envolve e o próprio Muhammad se surpreende ao se ouvir recitando as primeiras palavras do que virá a ser o Alcorão. Após a experiência, Muhammad vê-se completamente aterrorizado com a ideia de ter “se tornado um *kahin*, um possuído pelos *jinn*”, pelos gênios (Armstrong, 2002, p. 93). Na época da Revelação, o Profeta era casado com sua primeira esposa Khadija, e foi ela quem primeiro aceitou o Islã, sendo a primeira revertida. Foi nela que o Profeta encontrou o apoio e acolhimento necessários para levar adiante a mensagem do Islã: de acordo com Armstrong (2002), as fontes histórico-religiosas enfatizam “a forte dependência” de Muhammad em relação à Khadija durante esses numerosos momentos de “crise”.

No período pré-islâmico, conhecido como *Jahiliyyah*<sup>31</sup>, cada tribo cultuava suas próprias divindades. Antes mesmo do advento do Islã, Meca era um local de peregrinação, pois ao redor da Caaba<sup>32</sup> ídolos de pedra haviam sido erigidos em homenagem aos mais diversos

---

<sup>31</sup>Palavra derivada de *jahil*, que em árabe significa “ignorante”. Costuma ser traduzida para o português como “Idade da Ignorância”. O termo faz referência ao paganismo vigente naquela época entre os árabes, que ignoravam até então a verdade do Islã.

<sup>32</sup>Durante o *hajj*, a peregrinação à Meca feita ao menos uma vez na vida por muçulmanos e muçulmanas com condições físicas e financeiras, um dos rituais é circundar a Caaba, uma construção cúbica onde se guarda a Pedra Negra, considerada sagrada por ter sido enviada a Abraão para sinalizar a Casa de Deus.

deuses e esta já guardava a Pedra Negra. Com a Revelação e o posterior recrudescimento do Islã, busca-se colocar um fim no paganismo até então vigente na região, por meio da afirmação da unicidade de Deus (*tawhid*).

A magia era bastante presente na Arábia pré-islâmica e tal temática foi tratada por importantes autores, como o médico e etnógrafo palestino Tawfiq Canaan (1938): interessado nas crenças populares e nas superstições que vigoravam na região, coletou mais de mil amuletos e talismãs aos quais eram atribuídas propriedades curativas e protetoras. Toufic Fahd (1966), em “*La divination arabe: études religieuses, sociologiques et folkloriques sur le milieu natif de l'Islam*”, fornece um panorama sobre as práticas mágicas e divinatórias na época da fundação do Islã, tema que contemporaneamente tem sido trabalhado em publicações como “*Magic and Divination in Early Islam*”, de Emilie Savage-Smith (2004).

As obras supramencionadas evidenciam a crença fundante da época na existência e na presença de monstros, gênios, mau-olhado, adivinhação, feitiços e encantamentos. Neste contexto, quando o simples e iletrado Profeta Muhammad recebe a revelação, passa a ser acusado de estar louco, possuído, enfeitiçado, fazer uso de magia e de oráculos, ser um adivinho, ou, até mesmo, de ser um poeta, como veremos logo mais. O Alcorão menciona as acusações que recaíam sobre ele - *sahir*<sup>33</sup>, *majnun*<sup>34</sup>, *kahin* -, além da alegação de que estivesse possuído por *jinns*. Para os que o hostilizavam, Muhammad era apenas um “*magicien ou possédé*” (Hamès, 2007, p. 20).

Vê-se que o conceito de “loucura” e de “perda de razão” em associação com a magia e com a possessão estavam presentes no advento da religião islâmica, pois eram explicações já difundidas naquela época: o Alcorão demonstra “quão sensível era Maomé<sup>35</sup> a qualquer

---

<sup>33</sup>Feiticeiro.

<sup>34</sup>De acordo com Dols (1992), a palavra *majnun* deriva do verbo *janna*, que em árabe significa "encobrir ou ocultar". *Majnun*, portanto, significa "louco", "possuído".

<sup>35</sup>Como explicado em nota anterior, o termo Maomé é considerado pelos muçulmanos como desrespeitoso, pejorativo. No entanto, como se trata da forma como foi traduzido para o português na obra original da autora,

sugestão de que fosse tão-somente um *majnun*, um possuído” (Armstrong, 2002, p. 95), incômodo que o acompanha ao longo de toda a vida.

No Alcorão, as acusações feitas à Muhammad são narradas e rebatidas repetitivamente. Em certa passagem, os incrédulos questionam: “acaso, temos de abandonar as nossas divindades, por causa de um *poeta possesso*?” (Alcorão, 37:36) - para eles, Muhammad seria “um homem *enfeitado*” (17:47; 25:8), e o Alcorão “não é mais do que *magia*, oriunda do passado” (74:24). A palavra de Muhammad não teria valor, pois seria apenas “a palavra de um mortal” (74:25). Como resposta, explica-se que Muhammad, “mercê do teu Senhor, não és um adivinho, nem um energúmeno<sup>36</sup>” (52:29).

Samir El Hayek (2009) fornece algumas explicações adicionais sobre estes versículos: diante de coisas incomuns, invisíveis ou incompreensíveis, materialistas “dão-lhe nomes tais como magia, ou superstição, ou qualquer outro nome em voga”. Dito de outra maneira, chama-se de magia tudo o que escapa da compreensão. A acusação de que Muhammad seria “um mero sonhador de sonhos confusos”, um homem que haveria de “ser louco ou estar possesso”, mascararia o fato de que, em realidade, o Profeta era incompreendido porque “falava de coisas mais elevadas do que eles podiam conhecer”. El Hayek continua sua explicação:

Assim, em um grau menor, se dá com todos os virtuosos na presença de um mundo ímpio. Seus motivos, suas ações, suas palavras, suas esperanças e aspirações são ininteligíveis para os seus confrades, e eles são acusados de serem loucos ou de estarem privados das suas faculdades. Mas eles sabem que estão no caminho reto, e que são os ímpios que, realmente, estão agindo contra os seus próprios e melhores interesses.

Embora a disseminação do Islã tenha trazido uma nova visão de mundo, algumas antigas crenças resistiram e foram até mesmo lentamente incorporadas à religião. Os *jinn*s, gênios, que já vigoravam no período pré-islâmico, passam a ser figuras religiosamente aceitas: são seres

---

manterei esta grafia nos trechos que cito esta obra, pois é assim que o leitor encontrará esta passagem se for procurar por ela.

<sup>36</sup>É interessante notar que na versão francesa de tradução do significado dos sentidos do Alcorão consultada por Hamès (2007), a palavra que foi traduzida por El Hayek como “energúmeno” era “*ensorcellée*”, que significa “enfeitado”.

mencionados no Alcorão, sendo, portanto, obrigatório para o-a muçulmano-a aceitar a sua existência (Rassool, 2019, p. 103).

De acordo com os versículos 26 e 27 da 15ª surata, o homem foi criado do barro, mas “antes dele, havíamos criado os gênios de fogo puríssimo” e, mais adiante, repete-se que Deus “criou os gênios do fogo vivo” (Alcorão, 55:14). Há, portanto, similaridades e diferenças entre o ser humano e os *jinnns*. Por um lado, ambos possuem livre-arbítrio e foram agraciados com a capacidade de reflexão; além disso, tanto *jinnns* como humanos foram criados com o mesmo propósito de adorar a Deus, o Criador (Alcorão, 51:56). Por outro, talvez a diferença mais marcante seja a de que os *jinnns* são seres invisíveis, fazem parte da porção do mundo que não podemos ver (*al-ghayb*): enquanto eles podem transitar entre esses mundos, os humanos estão enraizados apenas neste, terrestre e visível.

Importante mencionar que *jinnns*, tal qual os humanos, podem ser crentes ou descrentes e, embora sejam invisíveis, são também mortais (Dein & Illaiee, 2013). Embora não sejam inerentemente más, tais criaturas são capazes de se incorporar nos seres humanos, gerando doenças e transtornos - físicos, mentais e espirituais. É dito que podem promover dores inexplicáveis, paralisia de membros, infertilidade e irregularidades menstruais nas mulheres e impotência nos homens, por exemplo. No âmbito psicológico, podem provocar medo intenso, fobias, alucinações, ideação suicida, descontrole emocional, sentimentos de discórdia e inimizade, entre outros. Por fim, em um nível espiritual, levam a pessoa à distrações e desvios, afastando-as do Alcorão, da lembrança de Allah e da regularidade das práticas rituais religiosas (Rassool, 2019, p. 129). Muitos muçulmanos, principalmente quando residentes nas regiões do Oriente Médio, Ásia meridional e norte da África, associam a possessão pelos *jinnns* aos transtornos mentais. Diante de tais casos, a *ruqya* é recomendada: trata-se de uma performance ritual de cura baseada na recitação de trechos alcorânicos, que surtiriam efeitos no corpo e na alma da pessoa em sofrimento (Gandolfi & Mir, 2017; Pandolfo, 2018).

Além da possessão pelos gênios, igualmente capaz de prejudicar uma pessoa e sua saúde é o mau-olhado. Consta na 113ª surata:

- 1 Dize: Amparo-me no Senhor da Alvorada;
- 2 Do mal de quem por Ele foi criado.
- 3 Do mal da tenebrosa noite, quando se estende.
- 4 Do mal dos que praticam ciências ocultas.
- 5 Do mal do invejoso, quando inveja!

Vê-se que o Alcorão alerta sobre o mal advindo dos que “praticam ciências ocultas” e do “invejoso, quando inveja”. A alternativa que dá aos-às muçulmanos-as é a de que se amparem em Deus, e Nele busquem refúgio.

Por fim, um breve comentário sobre magia, bruxaria e feitiços. É vedado aos muçulmanos a crença em práticas que alegam ser capazes de prever o futuro, como o horóscopo e leitura de mão, bem como associar-se com quem pratica tais atividades, como videntes, adivinhos, mágicos, astrólogos etc. Confiar nessas pessoas, ou tentar negociar com criaturas como os gênios, significaria colocar em questionamento o poder de Deus: apenas Ele “possui as chaves do incognoscível, coisa que ninguém, além d’Ele, possui” (Alcorão, 6:59).

Em pontos futuros do texto, muitas interlocutoras retomarão esses conceitos e práticas como parte da explicação religiosa atribuída às suas questões específicas de saúde mental. Além disso, recuperarão em diversos momentos os numerosos exemplos extraídos da trajetória do Profeta Muhammad, visto que mesmo após a Revelação ele continua vivendo ao longo da vida uma série de episódios de extrema adversidade. Em 619, o Profeta perde sua esposa Khadija e seu tio Abu Talib, o que faz com que este ano seja cunhado por muitos como o “Ano da Tristeza” de Muhammad. A perseguição a ele se intensifica e culmina em uma tentativa de assassinato, levando-o a migrar de Meca para Medina no ano 622 e assim marcando o início da Hégira.

Em Medina, outras dificuldades se colocam à Muhammad, relacionadas ao nível individual-familiar, mas principalmente ao nível comunitário-social, ou seja, à aceitação,



organização e expansão da religião naquela região. Embora aceitem todos os profetas que o antecederam, Muhammad é considerado como o exemplo máximo de comportamento a ser seguido: muçulmanos sunitas seguem a *Sunnah* do Profeta, o que significa que moldam sua conduta tomando como base os seus ditos e feitos. Os sábios iniciaram essa compilação de relatos dos convivas do Profeta Muhammad com ele ainda em vida, mas a tarefa se intensifica sobretudo depois da sua morte, e perdura pelos dois séculos seguintes. Como será apontado adiante, a vida do Profeta Muhammad é fonte importante de inspiração e de suporte para muitas das mulheres muçulmanas com quem dialoguei, pois há o entendimento de que ele passou por adversidades, foi mal compreendido, estigmatizado e até mesmo renegado, mas lidou com seu sofrimento de maneira benéfica e satisfatória – aos olhos dele e aos olhos de Deus.

## 2.2 A Era de Ouro do Islã

Viu-se na abertura da seção anterior que o primeiro versículo alcorânico é imperativo: “lê!”. Um *hadith* muito citado do Profeta Muhammad diz que, aos que seguem o caminho do conhecimento, Allah lhes facilita o caminho do paraíso. O conhecimento é ponto central no Islã: ele fortalece a fé, e buscá-lo é entendido como um dever de todo muçulmano e toda muçulmana. Ter em mente que as próprias fontes religiosas instigam o ser humano a empreender essa busca nos ajuda a melhor conceber o período compreendido entre os séculos VIII e XIV, quando os avanços científicos feitos por árabes e muçulmanos atingiram o seu ápice.

Tal intervalo corresponde ao que historiograficamente deu-se o nome de Idade Média, que na Europa ficou posteriormente marcado de forma pejorativa como “Idade das Trevas”, em alusão aos retrocessos que os modernos julgaram que aquele tempo teria representado para a História da humanidade. Atualmente, os estudiosos da área posicionam-se contra tal denominação: afinal, é impossível comprimir mil anos de História sob um rótulo tão

reducionista. No entanto, comparativamente, é indiscutível a diferença vivida entre os europeus e os muçulmanos da época, no sentido de descobertas, invenções – e, no que nos interessa, também quanto ao nível de reflexões e de manejo diante do que chamamos de doença, transtorno, ou saúde mental. Ora, se todo muçulmano tem que buscar conhecimento e se acreditam que para toda doença há uma cura, um tratamento, era esperado que iriam se desenvolver nesse aspecto – mas, apesar desse intenso florescimento, tais feitos nos mais diversos ramos ainda hoje restam pouco estudados não apenas de forma geral, mas também por grande parcela dos-as próprios-as muçulmanos-as.

De 622 a 1492<sup>37</sup>, os territórios sob influência do Islã se expandiram: em determinado momento, Arábia, Iraque, Síria, Líbano, Palestina, Egito, Norte da África, Ásia Central, Espanha e porções da China e da Índia estavam conectados por esta religião em comum (Awaad, Mohammad, Elzamzamy, Fereydooni & Gamar, 2019). Com a expansão territorial, também ocorre o alargamento das ideias: os sábios dessa época eram polímatas, ou seja, não dominavam apenas um tema ou especialidade, mas possuíam um conhecimento amplo e integrado, que promovia uma sintonia magistral entre a filosofia e a espiritualidade.

Usualmente, ouvimos falar sobre as importantes contribuições que trouxeram à matemática, astronomia, geografia. Entretanto, bem menos divulgado é o conhecimento rico que produziram sobre o que hoje entendemos como psicologia, psiquiatria e, finalmente, como saúde mental. Nesta seção, farei uma síntese desses achados específicos que em pontos futuros do texto serão recuperados por algumas das mulheres muçulmanas com quem dialoguei.

Em Bagdá existiu a primeira biblioteca e centro de estudos do qual há registros: a Casa do Saber, ou Casa da Sabedoria (*Bayt al-hikma*), datada do século VIII. Estima-se que já no primeiro século da Hégira os muçulmanos travaram contato com importantes manuscritos médicos e filosóficos escritos por pensadores gregos e iniciaram um processo contínuo de

---

<sup>37</sup>A maioria das datas apontadas nessa seção são controversas e podem aparecer com ligeiras diferenças a depender da fonte consultada.

tradução (Hourani, 2007, p. 241). Era comum que mesquitas e *madrasas*<sup>38</sup> também possuísem espaços dedicados para a cópia, tradução e posterior transmissão do conteúdo desses manuscritos, não se limitando apenas ao conhecimento puramente religioso: havia uma genuína “preocupação com a variedade da experiência humana” (Hourani, 2007, p. 243). Essa pluralidade era realmente notável: filosofia, teologia, matemática, astronomia, alquimia, geografia, literatura, botânica e medicina eram apenas algumas das áreas de interesse dos estudiosos muçulmanos da época.

Os sábios se inspiraram na produção grega, mas a reformularam e a levaram adiante: expandiram este *corpus* do conhecimento científico, acrescentando a aderência aos princípios religiosos islâmicos como sua peculiaridade. Um dos intelectuais mais ativos no processo de tradução (Verza, 2015), Abu Yusuf Ya‘qub ibn Ishaq al-Kindi (800-870), frequentemente alcunhado de “filósofo dos árabes”, destacou-se por suas especulações sobre o intelecto, a natureza da alma, percepção, memória e imaginação. Por ter trabalhado arduamente no processo de tradução, inspirou-se em diversos tratados gregos, mas selecionou-os de acordo com a consonância que possuíam com os princípios islâmicos, refutando as ideias contradizentes. Um de seus tratados filosóficos versa sobre a tristeza (*On Dispelling Sadness*, na versão inglesa): para al-Kindi, sua principal causa seria o excesso de apego e de atribuição de valor às coisas do mundo físico.

Abu Bakr Muhammad ibn Zakariyya al-Razi (865-925) é considerado como um dos mais importantes médicos da história islâmica: acreditava que o estado do corpo estaria diretamente ligado ao estado da mente (Tibi, 2006). Escreveu relevantes tratados, como a enciclopédia *Kitab al-Hawi fi al-tibb* (*The Comprehensive Book on Medicine*, em inglês), uma extensa coleção de relatos médicos e anotações descritivas semelhantes a estudos de caso, nos quais detalhava sua experiência com os pacientes (Amr & Tbakhi, 2007). Na função de diretor

---

<sup>38</sup>Escolas dedicadas ao estudo e à memorização do Alcorão.

do hospital de Bagdá, estabeleceu uma ala especial para os pacientes acometidos pelas ditas “doenças mentais” (Daghestani, 1997; Yilanli, 2018), na qual os tratamentos prescritos eram variados e marcados pelo caráter integrativo, para além da medicação: Al-Razi, que desde tenra idade se interessava pela música, levou-a como terapia complementar para o ambiente hospitalar, um prenúncio do que hoje designamos como musicoterapia (Isgandarova, 2015).

A presença mais antiga de tais hospitais com alas direcionadas à saúde mental, os *bimaristans*, pode ser rastreada até a Bagdá do século VII ou VIII (Mitha, 2020); posteriormente, todas as outras grandes cidades da época receberam a implantação desse sistema hospitalar, como Damasco, Alexandria e Cairo. Enquanto em territórios ocidentais eram praticados métodos que hoje são vistos como abomináveis, as primeiras instituições muçulmanas já atuavam como “casas de cura”: por acreditarem ser preciso tratar o paciente como um todo, e não apenas a doença, incorporavam a natureza, a arte, a música e a poesia ao tratamento. Diferentemente do que veio a acontecer na maioria das sociedades, nas quais se passou a julgar que indivíduos debilitados deveriam ser apartados da convivência social, nas sociedades islâmicas os hospitais estavam localizados nos pontos mais centrais da cidade, de fácil acesso a todos: as pessoas doentes seguiam sendo parte importante da vida comunitária, e visitá-las era um preceito islâmico. Vê-se que aspectos sociais e ambientais eram, mais de dez séculos atrás, já considerados pelos muçulmanos como parte significativa do processo de recuperação (Awaad, Mohammed, Elzamzamy, Fereydooni, & Gamar, 2019; Mitha, 2020).

Outras contribuições relacionadas ao bem-estar social foram dadas por Abu Nasr Muhammad ibn al-Farabi (870-950), em sua obra traduzida para o inglês como *The Virtuous City*, que relaciona a natureza física e espiritual do ser humano com os aspectos contextuais e relacionais de seu entorno (Bakhsh, 2013). A partir disso, Al-Farabi idealiza a edificação de um modelo virtuoso, que seria o de uma sociedade pautada em princípios como o de justiça e de assistência mútua (Suleimenov, 2019): acreditava que o aperfeiçoamento individual só era

possível no meio social, com a colaboração de outras pessoas, por meio da convivência e do trabalho conjunto (Haque, 2004a).

Filosofia moral e ética são os tópicos centrais dos escritos de Abu Ali Ahmad ibn Muhammad ibn Ya'qub Miskawayh (930-1030). Em sua obra mais conhecida, *Tahdhīb al-akhlāq* (*The Refinement of Character*, em inglês), Miskawayh reforça a ideia de que só é possível ao ser humano refinar e aprimorar certas virtudes, como a generosidade e integridade, quando este está em interação com os demais: há um balanço, portanto, entre as condições internas individuais e as condições externas, voltadas aos relacionamentos e à esfera social. Todas as suas elaborações sobre comportamentos, atitudes e boas maneiras partem da perspectiva da ética islâmica, completamente voltadas à satisfação divina. Ao final desta sua obra principal, Miskawayh faz alusão à “medicina espiritual” e às “doenças da alma”, como a covardia, o orgulho, a vaidade (Alavi, 2009).

Após esta breve menção a alguns dos mais relevantes sábios do Islã até aqui, destaco que uma figura crucial na recuperação desses escritos é Rania Awaad, psiquiatra muçulmana, Professora Associada do Departamento de Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford. Atualmente, ela coordena um laboratório especialmente dedicado aos estudos conduzidos acerca da saúde mental de muçulmanos-as (*Muslim Mental Health & Islamic Psychology Lab*<sup>39</sup>), sendo uma de suas principais linhas de pesquisa as representações históricas da saúde mental, a fim de determinar como os transtornos mentais foram percebidos, classificados, diagnosticados e tratados pelos estudiosos durante a Era de Ouro islâmica.

Em um artigo bastante pessoal sobre sua trajetória universitária e sua opção pela psiquiatria<sup>40</sup> como especialidade médica, Awaad (2015) conta que por toda a sua vida leu e

---

<sup>39</sup>Ver <https://med.stanford.edu/mmhip.html>.

<sup>40</sup>O papel dos médicos nas comunidades islâmicas brasileiras, principalmente dos-as psiquiatras, será trabalhado no capítulo 3.

ouviu sobre a importância dos pensadores muçulmanos da Era de Ouro para as ciências, inclusive (ou, até mesmo, especialmente) para a medicina. Entretanto, ela constata que pouca atenção havia sido dada ao que esses filósofos, estudiosos e pensadores poderiam ter dito a respeito ao campo *psi*. A autora estava certa de que encontraria muitas contribuições valiosas caso se aprofundasse no tema: de fato, logo no primeiro ano de pesquisa, ela e sua assistente encontram mais de uma centena de manuscritos que, embora datassem dos séculos VII a XII, eram extremamente atuais, à frente do seu tempo. Com esse material traduzido e analisado em mãos, a pesquisadora revisita os livros clássicos sobre a história da psicologia, da psiquiatria e da saúde mental e, não surpresa, repara que estes ignoravam quase que completamente esse período histórico.

Dentre os estudiosos “esquecidos”, Awaad traduziu e conduziu pesquisas sobre um deles, em particular: Abu Zayd al-Balkhi (849-934), que já no século IX se aproximava do conceito atualmente vigente sobre a saúde mental, quando advogava pela busca de equilíbrio entre os aspectos físicos e psicológicos (Awaad, Mohammad, Elzamzamy, Fereydooni & Gamar, 2019). Em sua principal obra, *Sustenance of the Body and Soul*, Al-Balkhi traça uma complexa relação entre corpo e alma, assim como sustenta a importância de se alcançar equilíbrio entre eles: Al-Balkhi enfatizou a necessidade de não ignorar os aspectos psicológicos por trás das doenças físicas, acreditando que a boa parte delas tinha uma base psicológica.

De acordo com Awaad e Ali (2015), o tratado foi escrito em um árabe simplificado, com poucas expressões técnicas, o que sugere que Al-Balkhi não escrevia para que outros sábios lessem, mas com o intuito de que suas ideias chegassem aos leigos. São numerosas as contribuições trazidas por Al-Balkhi, sendo a mais surpreendente delas a descrição feita por ele sobre os transtornos obsessivo-compulsivos: na análise das autoras, o sistema classificatório proposto por ele possui grande equivalência com o que hoje, séculos depois, consta no DSM-V (Awaad & Ali, 2015), a última versão publicada do Manual Diagnóstico e Estatístico de

Transtornos Mentais, usado por clínicos e pesquisadores ao redor de todo o mundo. Por ter sugerido uma série de técnicas assemelhadas a um treinamento da mente e do comportamento, é considerado por muitos como um precursor do que conhecemos atualmente como terapia cognitivo-comportamental (Awaad & Ali, 2016).

De acordo com Al-Balkhi (2013), a alma saudável “é a luz do sol do corpo, que pode ser eclipsada pela tristeza e depressão” (p. 50), ocasião em que “perde brilho e cai na escuridão”. Al-Balkhi deu uma contribuição valiosa ao propor uma diferenciação entre a depressão endógena, que seria interna, relativa ao corpo biológico, que hoje seria majoritariamente atribuída a um desequilíbrio bioquímico cerebral, mas que na época de Al-Balkhi entendia-se ser relativa ao sangue, que deveria ser purificado; e exógena, reativa, ligada ao ambiente externo e seus inúmeros estressores, já que para ele “esse mundo é morada da ansiedade, tristeza, preocupação e calamidade” (p. 34) - no terceiro capítulo, uma fala do *sheikh* Bukai nos permitirá retomar estas ideias.

O último grande sábio da Era de Ouro que será aqui apresentado é justamente aquele que temos um pouco mais de conhecimento sobre: Abu 'Ali al-Hussain ibn 'Abd Allah ibn al-Hassan ibn 'Ali ibn Sina, Avicena (980-1037), considerado como “o médico dos médicos”, tamanha sua relevância. É de Ibn Sina uma das principais enciclopédias médicas já escritas, que foi adotada como base das escolas médicas europeias por muitos séculos. Para ele, a medicina é uma ciência que tem como propósito preservar a saúde dos saudáveis e recuperar a saúde dos doentes: assim, já fazia menção à atuação preventiva da medicina, não apenas curativa (Sajadi, Mansouri & Sajadi, 2009).

O propósito de trazer esta breve explanação sobre este legado produzido pelos muçulmanos nesta época distante não é necessariamente o de reivindicá-los como pioneiros de um campo, mas sim apresentar ao leitor essas contribuições que são vastas, mas pouco estudadas e conhecidas. Consoante Awaad (2020), além de fazer uma recuperação desses

textos, é preciso colocá-los em diálogo com a psicologia moderna: certamente, essa é a tarefa mais desafiadora, mas possível quando constatamos como os sábios desse período enfatizaram a tradição holística que, como foi sinalizado anteriormente e será aprofundado na próxima seção do texto, envolve *corpo, mente e coração*.

### 2.3 Psicologia Islâmica

Foram muitas as alterações pelas quais passou o projeto que dava sustentação a esta tese. Entretanto, desde o primeiro rascunho feito, no já longínquo segundo semestre de 2018, a primeira parte do título escolhido por mim já era exatamente a mesma que consta nesta versão atual: “*corpo, mente e coração*”. Ainda que na época sem o arsenal teórico suficiente, sempre tive a certeza de que não haveria como falar de saúde mental no Islã sem considerar as dimensões que juntas constituem a noção de pessoa de um-a muçulmano-a.

Assim, foi uma surpresa quando logo no início da caminhada me deparei com o campo que vem sendo chamado de Psicologia Islâmica, vertente que dá nome e forma a essas ideias que até então eram apenas manifestações do meu *feeling* de pesquisadora. De antemão, explico que não se trata unicamente de uma psicologia feita por muçulmanos-as, nem apenas de uma psicologia desde um “ponto de vista” islâmico ou na “perspectiva” islâmica; menos ainda se refere a uma psicologia exercida em países ditos “islâmicos”: trata-se de um campo fundamentado em seus próprios marcos e referenciais históricos, teóricos e teológicos, e que têm se desenvolvido em uma sucessão de países ao redor do mundo (Haque & Rothman, 2021).

Interessada por essa literatura ainda inédita no Brasil e em busca de aprimoramento ao meu projeto, ingressei no curso *Islamic Psychology and Counselling*, ministrado pela plataforma Al Balagh em parceria com a Ihsaan, uma associação inglesa de aconselhamento psicológico que oferece terapias especializadas à muçulmanos-as e que, por sua vez, é filiada à Associação Internacional de Psicologia Islâmica (IAIP), fundada por Malik Badri em 2017 com



o objetivo de “expandir o papel do Islã no avanço da saúde e da compreensão humana e aumentar o reconhecimento da Psicologia Islâmica como uma orientação teórica para a compreensão do ser humano e como uma abordagem à psicologia clínica”. Após a conclusão do primeiro nível, fomos convidados a ingressar no nível 2, com um ano de duração, mas que na primeira aula me surpreendeu por me colocar *tela-a-tela* com o *sheikh* G. Hussein Rassool<sup>41</sup>, autor que há muito eu acompanhava e que aparece referenciado diversas vezes nessa tese.

Em 2020 e em 2021, apresentei os resultados parciais desta pesquisa de doutorado na *12th* e na *13th Muslim Mental Health Conference*: tais conferências, promovidas pelo Departamento de Psiquiatria da Michigan State University, reúne anualmente especialistas dedicados à saúde mental de muçulmanos-as. Nelas, pude apresentar meu trabalho na faixa dedicada à Psicologia Islâmica (*Islamic Psychology Track*), e principalmente ouvir as palestras de grandes nomes da área, como Abdallah Rothman, Amber Haque, Carrie York Al-Karam e Rania Awaad.

Assim, após anos de intenso estudo, compartilho nessa seção da tese alguns registros desse processo e, mais do que trazer as ideias desses autores de maneira puramente teórica e distanciada, vou mesclá-las com as minhas reflexões, impressões, anotações de aulas, discussões realizadas em fóruns e aplicativos, contato direto com os próprios, entre outros.

\*\*\*

*Ilm al-nafs*, do árabe *ilm*, conhecimento, e *nafs*, alma, é geralmente o termo utilizado para fazer referência à Psicologia: Awaad (2020) explica que não há uma palavra ou expressão precisa em árabe para designá-la, mas Rothman (2018) recorda que também a palavra de origem grega, nascida do encontro entre *psique*, alma, e *logia*, estudo, possui a mesma conotação. Em ambos os casos, estamos falando primordialmente do *estudo da alma*.

---

<sup>41</sup>O *sheikh* Goolan Hussein Rassool atuou como Professor Visitante no Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) no começo dos anos 2000.

Rothman (2018), quando relata como sua história de vida se mescla com os estudos islâmicos, conta que ingressou no curso de psicologia motivado por esse seu significado fundante mas, para sua frustração, deparou-se com o estudo do *comportamento*, da *mente*, do *cérebro*, porém não da *alma*. Como aponta o autor, a psicologia rompeu com a ideia da alma para firmar-se como ciência mas, ao fazer isso, também se perdeu. Incomodado com essa questão, o autor dá início a uma verdadeira jornada: no sentido externo, pois viaja para diversos países do mundo para que, imerso em vários contextos culturais, pudesse experimentar a vida de maneiras distintas; mas sobretudo trata-se de uma jornada interna, espiritual, pois buscava se encontrar em alguma tradição – “não somos seres humanos vivendo uma experiência espiritual, mas seres espirituais vivendo uma experiência humana” (Khan, Keshavarzi & Rothman, 2020, p. 61).

Assim, antes mesmo de abraçar o Islã como religião e como campo fértil a ser desenvolvido de um ponto de vista psicológico, Rothman já acreditava que só seria possível estudar a alma, propósito primeiro da psicologia, se antes entendêssemos as mais variadas concepções de ser humano e de natureza humana, que obviamente dependerão das lentes pelas quais se olha o mundo. Nessa busca, o autor se impressiona com a riqueza dos postulados islâmicos sobre a alma do ser humano, enxergando nesta religião um caminho para o desenvolvimento e para a transformação - diz ter encontrado no Islã o que, para ele, faltava na psicologia. Assim, o Islã estaria intimamente conectado à psicologia, não apenas em parte, mas em sua totalidade: a psicologia não apenas poderia ser integrada à religião, mas o conhecimento psicológico seria *intrínseco* à religião, viria de dentro dela.

Um apontamento importante do autor diz respeito a como muitos muçulmanos ainda desconhecem a profundidade do Islã, frequentemente buscando fora da religião práticas como primeiro *mindfulness* e a *yoga*, e deixando de lado os ensinamentos sufis, por exemplo. Rothman (2019) critica as maneiras pelas quais o Ocidente vem se apropriando de práticas advindas de

religiões não-hegemônicas e o fato de que, para tornarem-nas palatáveis ao grande público, apagam delas o seu componente religioso. É o caso do sufismo, frequentemente colocado como se fosse uma prática alternativa independente da religião islâmica, discussão que será acionada no capítulo 5 por meio da narrativa da interlocutora Regina.

O sufismo (*tasawwuf*) é geralmente descrito como a “vertente mística” do Islã. Entretanto, como aponta Chagas (2012), pode ser praticado tanto por muçulmanos sunitas quanto por muçulmanos xiitas: “neste sentido, não se trata de mais uma divisão sectária da tradição islâmica, mas, sim, de uma corrente de interpretação doutrinal e ritual que é interna ao Islã, sendo definida pela busca de uma experiência direta com Deus” (p. 148). Sabe-se que o adjetivo “*místico*” traz consigo uma série de interpretações. Barbosa-Ferreira (2013b) relatou certa vez ter recebido em seu antigo *blog*, intitulado “Antropologia e Islam”, um comentário pejorativo de uma mulher muçulmana sobre ser mais adequado alterá-lo para “Antropologia e misticismo”: para além da reação imediata de entender o que foi ali escrito como um possível descrédito ao seu trabalho, a autora depois percebe que “a analogia se referia ao próprio Sufismo que é considerado a linha mística do Islã” (p. 152). Sobre estes mal-entendidos que rodeiam o termo, Pinto (2017) esclarece que usa “místico” em um sentido mais próximo de sua raiz grega, que aponta para algo que está oculto da percepção ou que está nas profundezas, aludindo ao “segredo” e ao “desconhecido”: o sufi dedica-se completamente à sua jornada espiritual, privilegiando o saber esotérico/místico, aquele “que permite ver a essência das coisas”, em detrimento das “aparências e do senso comum” (Pinto, 2010, p. 104).

Na América do Norte e na Europa, o sufismo tem atraído não-muçulmanos que se revertem ao Islã por conta de seu encantamento com ele, e não-muçulmanos que não se revertem, mas participam de determinados rituais sufis, praticando-os de forma autônoma (Acim, 2018). Sabe-se que nos estudos atuais sobre a dimensão R/E, atribui-se à espiritualidade a possibilidade de ser apartada das crenças religiosas, o que acolhe um grande número de

peessoas que não se identificam com um sistema religioso enquanto instituição, mas que se consideram espiritualizadas por possuírem um propósito e buscarem sentidos para uma vida mais plena. Ao praticarem os valores com os quais coadunam, conectam-se de forma particular com a dimensão do sagrado (Puchalski, Blatt, Kogan, & Butler, 2014): consideram-se, portanto, “espiritualizadas, mas não religiosas”, visto que suas experiências espirituais são independentes de uma religião organizada (Hastings, 2016).

Tal cisão entre espiritualidade e religiosidade, do ponto de vista islâmico, é bastante problemática, pois há na religião o entendimento de que muçulmanos-as nascem com *fitrah*, uma disposição inata em direção à dimensão do sagrado, que levaria os seres humanos a serem seres “naturalmente” espirituais. Utz (2011) considera *fitrah* como “a natureza primitiva dos seres humanos que os faz reconhecer a verdade da existência de Deus e a seguir suas orientações” (p. 47), o que retoma o propósito islâmico de submissão e adoração a Deus Único (*tawhid*) e indica que haveria uma inclinação humana não apenas à dimensão da espiritualidade, mas uma predisposição para acreditar em Deus. Assim, embora a espiritualidade tenha um sentido mais abrangente do que religião, no Islã a espiritualidade está associada necessariamente às crenças e práticas islâmicas: a espiritualidade é a essência, e o Islã é a sua forma (Ahmad & Khan, 2016), ou seja, a religião islâmica seria o caminho para viver a espiritualidade (Rassool, 2014).

Por propagar valores universais como o amor, a paz e a sabedoria, e por dar ênfase a uma profunda interiorização da espiritualidade, o sufismo ganhou a simpatia de muitos. Não obstante, os sufis são muitas vezes vistos por outros muçulmanos como “hereges”, como se estivessem praticando um Islã que não é válido, uma visão deturpada que ignora o fato de que o sufismo é circunscrito ao Islã. Justamente por ser parte constituinte do Islã, deve-se também evitar a leitura problemática de que o sufismo seria uma “versão moderada” desta religião, pois

tal afirmação implicitamente partiria do pressuposto de que o “verdadeiro Islã” seria rígido e radical, reforçando estigmas e equívocos.

Como anteriormente esboçou Rothman (2019), amiúde se percebe a promoção de uma total desvinculação entre sufismo e Islã. O mestre sufi Jalal al-Din Mohammad Rumi, teólogo e poeta persa do século XIII, tornou-se sensação literária, *best-seller*<sup>42</sup> nos Estados Unidos. No entanto, suas metáforas sobre a busca pela verdade divina e de manifestação amorosa a Deus são lidas de maneira muito distinta da original, o que invisibiliza a teologia islâmica de sua obra. É importante trazer essa discussão sobre o sufismo, pois muitos tendem a tomá-lo como equivalente à Psicologia Islâmica ou, como visto, considerá-lo como a vertente mais “espiritual” do Islã. Ambas as ideias são controversas: na opinião de Rothman (2019), a religião islâmica como um todo coloca total ênfase sobre o coração, a espiritualidade, a presença e a contemplação - mais que *mindfulness*, o Islã daria aos muçulmanos o que ele chama de “*heartfulness*”, um estado de presença absoluta.

Para atingir tal estado, Awaad (2020) enfatiza que muçulmanos primeiro precisam refletir sobre o seu “*inner self*”, o seu eu interior. Há dois versículos alcorânicos que podem ser considerados como sintetizadores da mensagem psicológica que esse Livro sagrado traz: no versículo 8:53, encontramos que “Deus jamais muda as mercês com que tem agraciado um povo, a menos que este mude o que há em seu íntimo”, conteúdo repetido quase que literalmente no versículo 13:11, no qual lê-se que “Ele [Allah] jamais mudará as condições que concedeu a um povo, a menos que este mude o que tem em seu íntimo”. Temos nesses versículos uma conexão direta entre o individual e o social, mas o Alcorão sugere que a mudança interior vem primeiro, pois só mudando a si mesmo é que se poderia também exercer uma mudança na sociedade - ou seja, o conhecimento sobre si é necessário para que, em um segundo momento, seja possível promover melhora nas condições da comunidade.

---

<sup>42</sup>Ver <https://www.nytimes.com/2017/01/20/books/review/rumi-brad-gooch.html>

Estes versículos chamam os-as muçulmanos-as para assumirem sua responsabilidade nesse processo, pois embora Allah seja Maior<sup>43</sup>, cabe a cada pessoa essa mudança em seu íntimo: o livre-arbítrio e a intenção são duas importantes chaves de entendimento. Há uma sinalização de que a capacidade reflexiva é própria ao ser humano e que por meio da reflexão pode vir a transformação, desde que se trabalhe arduamente sobre seu estado interno, aprimorando-se constantemente. Embora tal perspectiva soe individualista, Awaad (2020) recorda que, se o Profeta Muhammad dizia que para toda doença existe uma cura, essa cura pode ser viabilizada pelas intervenções técnicas feita por profissionais *psi*, que em última instância são agentes facilitadores da saúde mental das pessoas.

Na seção sobre a Era de Ouro islâmica, eu já havia mencionado o trabalho feito por Awaad na recuperação da obra de pensadores e estudiosos daquela época tão frutífera, que muito podem lançar luz à nossa realidade atual. A ponte principal entre a Era de Ouro e a Psicologia Islâmica costuma ser rastreada em retrospecto até as ideias do *Imam Al-Ghazali* (1056-1111), usualmente considerado como o expoente dos aspectos relativos à moralidade e à ética islâmica. Para ele, toda e qualquer ação é valorosa apenas quando praticada com o objetivo de conhecer e servir a Deus: as práticas islâmicas (oração, jejum, pagamento do *zakat* etc) só atingem seu propósito quando feitas de corpo e alma, com presença e intenção, ideia que refuta qualquer possibilidade de negociação com Deus – tal noção será de grande auxílio mais à frente, quando as interlocutoras forem debater que o exercício dos rituais islâmicos não garante que o-a muçulmano-a esteja a salvo de experimentar doença, transtorno ou sofrimento.

De acordo com Rothman e Coyle (2020), muitos muçulmanos enxergam as práticas rituais como atalhos, como se fosse possível haver uma prescrição de uma súplica capaz de sanar imediatamente todas as dificuldades: esse descompasso seria semelhante à ingestão de um medicamento para mascarar o sintoma, sem se importar com o processo que deveria ser

---

<sup>43</sup>Em árabe, *Allahu Akbar*.

seguido à risca para atingir a cura. A religião preconiza que muçulmanos-as sim devem fazer *duas*, orar, ler o Alcorão, fazer *zikr*, entre outros, mas tendo em mente que sua prática exige uma dedicação constante: devem servir primeiramente ao propósito de iluminar o coração para, paulatinamente, transformar a alma.

O coração, assim como espírito, ego/self e intelecto, são os termos principais da Psicologia Islâmica, que os designa como *qalb*, *ruh*, *nafs*<sup>44</sup> e *'aql*, respectivamente. Tal nomenclatura, que será utilizada nesta seção e em outras ocasiões ao longo da tese, foi extraída do próprio Alcorão, o que faz com que este Livro seja compreendido como a fonte derradeira dos sentidos sobre a natureza humana, visto que trata de temas como a satisfação; cuidado, prevenção e promoção de saúde; consciência e razão; sociabilidade e valores (Shahid, 2016).

Na primeira aula do curso de Psicologia Islâmica ministrada por Rasjid Skinner, uma famosa analogia feita por Al-Ghazali veio à tona para compreendermos o seu esboço de como se estrutura a alma do ponto de vista islâmico. Na analogia em questão, temos um cavalo representando os instintos, sob as rédeas do *'aql*, o intelecto; ambos estão sob controle do cavaleiro, cujo centro é o coração, orientado em direção a Deus (Bakhtiar, 2003): elucidase que o corpo está intimamente conectado com o estado mental e espiritual, e que quem possui o coração orientado ao divino é capaz de fazer bom uso do intelecto e colocar freio em seus desejos. Dessa forma, uma definição possível para a saúde mental do ponto de vista da Psicologia Islâmica é a de que esta seria o estado no qual o coração (*qalb*), aberto à inspiração divina, está no centro do ser. Em outras palavras, seria o estado em que há total alinhamento do ser com sua *fitrah*, sua natureza espiritualizada. Idealmente, uma pessoa estaria saudável quando em equilíbrio: centrada no coração, que está aberto para o espírito (*ruh*), conecta-se ao *'aql* e, juntos, direcionam o *nafs* (Skinner, 2019).

---

<sup>44</sup>O termo *nafs* pode significar ego, *self* ou alma, a depender do contexto.

Ao que consta, após a Era de Ouro houve um hiato no desenvolvimento das ideias psicológicas dentro da tradição islâmica. Alega-se que isso tenha ocorrido porque o que já tinha sido desenvolvido e vinha sendo praticado parecia ser suficiente para atender as demandas dos muçulmanos-as. Tal ideia é problemática pois, como apontado anteriormente, há dentro das comunidades algumas questões que costumam ser dadas como certas, encerradas como fatos incontestáveis, quando na verdade podem ser fonte de dúvidas e mesmo de sofrimento para muitos religiosos.

Para Malik Badri, apontado como o grande fundador da Psicologia Islâmica como campo contemporâneo específico do conhecimento, a entrada e expansão da “psicologia ocidental” nas sociedades islâmicas é o primeiro fator que fez emergir a demanda por novas reflexões psicológicas. Como resposta a esse incômodo, Badri publica em 1979 a obra *The Dilemma of Muslim Psychologists* (1979/2016), na qual argumenta que a psicologia ocidental seria majoritariamente antagônica aos preceitos islâmicos, pois nela a dimensão espiritual é negligenciada ou mesmo negada, portanto não-representativa e até mesmo incompatível com o Islã. A solução para esse dilema imposto aos psicólogos muçulmanos seria a de pararem de aceitar todas as teorizações externas: pedia-se que focassem no desenvolvimento de uma psicologia baseada nos paradigmas islâmicos, que fosse adequada e eficiente às demandas de muçulmanos-as. Além de ser um marco, a obra é uma grande provocação tanto para os psicólogos muçulmanos como para a psicologia ocidental-moderna – usualmente, uma concessão é feita à Carl G. Jung e Carl Rogers que, por terem trabalhado com a temática religiosa de uma maneira positiva e integrativa, são entendidos como moderadamente compatíveis com os princípios psicológicos islâmicos.

Consoante a crítica de Badri, a busca incessante por similaridades entre os conceitos da psicologia moderna e da psicologia islâmica, bem como tentativas de “islamizar” a psicologia ocidental, seriam dois movimentos igualmente problemáticos: afinal, ambos continuariam,



ainda que implicitamente, a tomar a psicologia ocidental-moderna como o padrão, seja para aliar-se ou para contrapor-se a ela. A Psicologia Islâmica, diferentemente, não jogaria fora o conhecimento produzido em contextos seculares, mas também não os tomaria como base: seu ponto de partida são as teorizações existentes dentro do próprio Islã, ou seja, não se trata de assimilar o que vem “de fora”, mas sim privilegiar o que vem “de dentro”.

Para Skinner (2010), a característica distintiva da Psicologia Islâmica é que ela reconhece um centro espiritual no ser humano, ao passo que a psicologia ocidental, em geral, ou o ignora ou o nega. Como o pensamento islâmico tradicional está no âmago da disciplina, a Psicologia Islâmica é derivada de fontes religiosas primárias, que são o Alcorão e a *Sunnah*, e secundárias, que são as obras dos estudiosos muçulmanos (Kaplick & Skinner, 2017). A abordagem de Skinner não contradiz a de Badri (1979/2016), mas a avança: a retomada da Psicologia Islâmica é importante, mas por motivos maiores do que uma mera reação à “intrusão” da psicologia ocidental em contextos árabes e islâmicos.

Toda essa teoria psicológica islâmica levanta o questionamento sobre a sua aplicabilidade. Para essa explanação, retomam-se dois relevantes modelos propostos por Rothman e Coyle, um decorrente do outro: o primeiro, de estruturação e dinâmica da alma (2018), e o segundo, de aplicação desses conceitos na psicoterapia (2020).

No artigo de 2018, os autores partem do princípio de que o passo inicial deve ser o de compreender como os seres humanos são conceituados dentro da própria cosmologia islâmica. Assim, apresentam um modelo da alma que esteja de acordo com o paradigma islâmico, buscando elaborar um esquema que sirva como base para a sistematização da Psicologia Islâmica. Um mérito extra do trabalho de Rothman e Coyle é que em ambos os modelos propostos os autores fazem uso da *grounded theory*, a teoria fundamentada nos dados, derivada de entrevistas feitas com pessoas que possuíam profundo conhecimento religioso e acadêmico:

os autores interagiram com os interlocutores, e construíram o conhecimento e as teorizações junto com eles.

Retoma-se aqui os conceitos de *nafs*, *'aql*, *ruh* e *qalb* e aponta-se para a dinâmica estabelecida entre esses elementos: é preciso ter em mente que o ser é um todo integrado, que é mais que uma mera soma de suas partes, mas os componentes em separado nos ajudam a descrever diferentes aspectos ou realidades da alma. Antes de passarmos a cada um deles, recorda-se que, como já é de praxe afirmar, toda tradução é uma traição. Nesse caso, há uma dificuldade adicional para a compreensão dessas terminologias: além de possuírem uma complexa base religiosa, traduzir o sentido do árabe para o inglês e em seguida do inglês para o português, não é tarefa simples.

Nesta proposta, o *nafs* assume a noção de *self* individual de um ser que tem livre-arbítrio. Por estar relacionado à ideia de identidade, o *nafs* criaria a ilusão de que somos indivíduos soltos, isolados e desconectados. Apesar de ser um elemento do nosso íntimo, o *nafs* se manifesta e interage no mundo terrestre (*dunya*), que é externo e preocupado com as aparências e projeções. Assim, o *nafs* pode ser corrompido, mas não significa que é fundamentalmente negativo ou maldoso.

Como dito anteriormente, no Islã acredita-se que todos os seres humanos nascem com uma inclinação natural ao divino, a *fitrah*. Entretanto, após o nascimento, já estaríamos todos expostos às tentações do mundo físico-terrestre e às influências diabólicas. Vive-se, ao longo de toda a vida, uma luta contínua para manter o eu em conexão com Deus, não cedendo às influências negativas que poderiam gerar desconexão e afastamento com o divino: essa é a grande batalha travada pelo *nafs* (*jihad al-nafs*). Nisso, age fortemente o *'aql*, o intelecto: trata-se de usar a racionalidade para acuar as tendências irracionais da *nafs*, o que é feito por meio da capacidade de perceber as coisas como elas são e da habilidade de distinguir a verdade da falsidade, pesar as consequências das ações e assumir para si as responsabilidades.

Ao longo desse processo, são basicamente três os estágios de alma que se pode alcançar, níveis estes extraídos do próprio Alcorão. O primeiro, *nafs ammara*, é o estado em que o eu é dominado pelos instintos e paixões, cedendo às tentações do mundo e, portanto, levando o indivíduo a afastar-se de Deus: neste caso, não é o indivíduo que controla as forças instintivas, mas as forças instintivas que o controlam. No segundo, *nafs lawwama*, o eu faz a distinção entre certo e errado e, ainda que ocasionalmente se desvie da senda reta, é capaz de arrepender-se e sentir remorso, ou seja, tem consciência da sua separação em relação ao divino, e esforça-se para com Ele se reconectar. Por fim, quando em estado de *nafs mutmainna*, o eu está completamente ligado a Deus e é a Ele que está direcionado o seu coração; como consequência, o eu sente-se satisfeito, com lampejos de plenitude.

Como é possível supor, entende-se que a maioria das pessoas passa a maior parte do tempo em estado de *nafs lawwama*, o nível intermediário, mas a própria existência de estágios nos indica que a vida é um constante fluxo, e o mais provável é que ocorram oscilações diversas ao longo da vida. Exige-se, portanto, um aperfeiçoamento incessante: não é possível chegar a um estágio e nele permanecer, a menos que haja um grande esforço para ali ficar ou a partir dali evoluir. Os estágios evidenciam que o *nafs* por si só não é ruim, pois pode vir a alcançar o estado purificado, de contentamento, regulado pelo coração. Assim como é preciso batalhar com os instintos (*jihad-al-nafs*) para não ser “rebaixado” do estado de *nafs lawamma* para *nafs ammara*, também o processo de purificação (*tazkiyah*) deve ser constante para buscar atingir o seu máximo, que é o nível de *nafs mutmainna*.

O *qalb*, coração, é tanto órgão físico como espiritual. A palavra *qalb* deriva do verbo que significa “voltar-se”, no sentido de direção: o coração será direcionado para onde nos inclinarmos. Se estamos alinhados com a nossa natureza, em direção a Deus, estamos trabalhando para termos um coração puro; mas se somos direcionados pelas distrações e vontades, então o coração pode se corromper.

É essa capacidade do coração de ser puro ou corrompido que está no centro da nossa experiência como seres humanos e o trabalho que precisa ser feito constantemente é o de limpar e polir o coração, para que ele possa brilhar, irradiar a luz das suas camadas mais profundas pois, ao fim e ao cabo, entende-se que o espírito, *ruh*, está sempre em direta conexão com Allah, aspirando pela presença divina. *Ruh* adquire sentido de sopro de vida, um núcleo incorruptível: trata-se do elemento mais profundo, que não é passível de ser danificado. Assim, enquanto *nafs* é da ordem do instintivo, mais animalesca e suscetível às influências externas, *ruh* seria uma dimensão mais elevada da alma.

Posto essa estrutura, volta-se à reflexão sobre o desafio avassalador de como colocar em prática, no formato de intervenção psicoterapêutica, o modelo anterior. Para avançar sobre isso, Rothman e Coyle (2020) entrevistaram psicoterapeutas muçulmanos que acreditavam atuar clinicamente de acordo com os pressupostos da Psicologia Islâmica. Os resultados obtidos permitiram a formulação de um modelo apelidado pelos autores como “modelo *iceberg*”, a saber: os psicoterapeutas relataram que a maioria dos pacientes apresenta dificuldades que se manifestam na dimensão do *nafs*, elemento que aparece acima da linha da água, como a ponta visível de um *iceberg*. Recorda-se que o *nafs*, embora de fora íntimo, é um elemento que tende a se inclinar para o externo: logo, faz sentido que sejam suas manifestações as que se mostram mais claramente aos nossos olhos, ao passo que os desequilíbrios e bloqueios mais profundos estejam encobertos pela água.

Dando sequência ao modelo, os autores sugerem que logo abaixo da linha da água estaria o *'aql*, que se apresenta no *setting* psicoterapêutico na forma de distorções cognitivas e outras desadaptações comportamentais. Aponta-se que é geralmente nesse nível que a psicologia ocidental-moderna tende a trabalhar, o que, para os profissionais entrevistados, é ponto de tensão, pois sabem que de acordo com o paradigma islâmico uma remoção efetiva desses bloqueios só ocorreria quando se extrapola o *'aql* e se atinge o nível do *qalb*, do coração.

Bem abaixo da água, na base do iceberg, está o espírito, *ruh*, ainda misterioso em sua definição e mais ainda quanto às suas manifestações no *setting* psicoterapêutico. Aqui, os interlocutores levantam um ponto interessante: uma melhor exploração desse nível talvez não seja adequada a um profissional *psi*, mas sim a um *sheikh*. Essa suposição me faz retomar a ideia que apresentei no capítulo anterior, sobre a divisão informal proposta na fala do *sheikh* na palestra que frequentei: para orientação espiritual, o *sheikh*; para tratamento psicológico, os profissionais. O modelo de Rothman e Coyle (2020) sugere que o profissional *psi* deve estar mais ocupado com o trânsito entre os dois primeiros estágios de *nafs*, ou seja, com o processo de *jihad-al-nafs*, auxiliando seu paciente/cliente a constantemente buscar equilíbrio, não cedendo a qualquer impulso nem a qualquer desejo. Já a busca espiritual mais profunda, de aprimoramento do *nafs* rumo à purificação e à elevação, talvez seja mais adequada a um líder religioso, guia espiritual.

Além dos modelos supracitados, outra tentativa de sistematizar a Psicologia Islâmica na prática clínica vem de Keshavarzi (2020) e seus colaboradores: trata-se do modelo TIIP, *Traditional Islamically Integrated Psychotherapy*, um modelo integrativo de cuidado em saúde mental fincado nos princípios islâmicos, mas que não desconsidera as bases empíricas da psicologia. De acordo com essa proposta, as intervenções psicológicas devem ser direcionadas ao reestabelecimento da saúde psíquica através de um trabalho sobre os componentes já citados - *nafs* e suas inclinações comportamentais; *'aql* e as cognições; *ruh*, espírito; e, adicionalmente, também a consideração das emoções básicas.

De acordo com Bauer (2017), há poucos estudos sobre as emoções no Islã. Ao tomar o Alcorão como matéria para seu estudo, a autora sugere que o texto e a recitação alcorânica são capazes de gerar intensa mobilização. Contudo, o tom emocional não reside apenas na forma, mas no conteúdo: as emoções também constituem parte importante das narrativas presentes

neste Livro, visto que as tramas discorrem sobre medo, temor, raiva, compaixão, misericórdia, amor, entre outros – algo que será bem explorado pelas interlocutoras em próximos capítulos.

Keshavarzi e Keshavarzi (2020) explicam que, de acordo com o paradigma islâmico, as emoções originam-se do *nafs*, *‘aql* e *ruh*, mas são consolidadas dentro de chaves socioculturais. Se as emoções passam tanto pelo coração e pelo espírito como pelo intelecto/cognição, talvez aí já resida uma explicação sobre o motivo pelo qual não é esperado que muçulmanos expressem emoções exacerbadas: se são integradas, se também passam pelas vias da racionalidade, deveriam ser balanceadas e reguladas. Nessa perspectiva, os autores sugerem que a tristeza pode ser entendida como adaptativa, quando se relaciona à elaboração do luto e à aproximação de Deus, por exemplo, mas estaria mal adaptada se apresentada como depressão ou desesperança.

Mais uma vez, interessa atingir um equilíbrio entre os componentes: saúde mental e espiritualidade estariam relacionadas na medida em que o objetivo psicoterapêutico seria, em última instância, alcançar um coração saudável, capaz de produzir comportamentos e ações éticas, corretas, virtuosas (Keshavarzi & Ali, 2020). Na consideração deste argumento, os próprios autores problematizam o desconcerto que pode surgir entre as concepções médica e religiosa, o que retoma a discussão suscitada pelas palestras assistidas na mesquita paulistana sobre delimitar o normal e o patológico não só de acordo com os manuais hegemônicos, mas consoante crenças internas.

Após apresentar ao leitor às principais conceituações que vem sendo feitas sobre esse campo chamado de Psicologia Islâmica, passemos a alguns pontos críticos. O primeiro diz respeito às especificidades de tal denominação. Al-Karam (2018) aponta que a maior parte dos estudos contemporâneos rotulados como Psicologia Islâmica poderiam ser sintetizados como “Islã e psicologia”, ou seja, uma aproximação entre as duas áreas (Kaplick & Skinner, 2017):

longe de desmerecer esse esforço, a autora visa reforçar que apenas aproximar psicologia e Islã não é suficiente.

Ademais, problematiza-se o termo "islâmico" – sinto-me contemplada por essa discussão, pois certamente é ponto nevrálgico para os pesquisadores de Islã. Seria algo islâmico porque deriva do Alcorão? Seria islâmico o que é feito por um muçulmano? Seria islâmico o que está de acordo com os ensinamentos islâmicos? Para a autora, adjetivar essa abordagem da psicologia como "islâmica" ajuda a marcar uma certa distinção, pois quando nos deparamos com a terminologia "Psicologia Islâmica", ainda que leigos, de antemão sabemos que irá apresentar especificidades atreladas à religião islâmica. Entretanto, a nomenclatura não clareia quais seriam as suas particularidades, tampouco aponta qual é seu exato *link* com o Islã (Al-Karam, 2018). Em que medida a Psicologia Islâmica se diferencia da teologia islâmica? Entre tantos questionamentos, é certo que se trata de um campo ainda em busca de contornos que o delimitem.

Outro risco que se corre, de acordo com Al-Karam (2018), vem de estabelecer uma equivalência exata entre saúde mental com as chamadas virtudes e doenças do coração. Como pesquisadora, vejo que se trata de um nó que ainda não será desfeito nesse momento: por um lado, constatamos que a questão da saúde mental no Islã é obrigatoriamente holística, uma profunda conexão entre corpo, mente e coração. Entretanto, por mais que o Islã seja um código de conduta para os muçulmanos, sabemos que a religião é um marcador importante de suas vidas, mas não o único. Se a questão da saúde mental está completamente ligada ao coração, e este à espiritualidade e à religiosidade, não haveria aí uma brecha perigosa que pode servir ao reforço dos discursos da falta de fé e de oração - o oposto do que queremos sinalizar? Deixo aqui o esboço dessa reflexão, para retomá-la em momento oportuno.

Por fim, é preciso abordar a questão ética. Ao final de seu artigo, Rothman e Coyle (2020) pontuam que os modelos sugeridos são importantes para orientar os psicólogos nas

intervenções junto aos seus pacientes/clientes muçulmanos, mas quais os limites éticos de se incorporar oração, *zikr*, *ruqya* e outras práticas semelhantes no *setting* psicoterapêutico? Em contextos seculares, trata-se de uma complexa discussão sobre a violação dos limites da relação paciente-terapeuta.

No Brasil, tem se fortificado nos últimos anos a discussão sobre as fronteiras entre psicologia e religião. Os Conselhos Regionais e Federal de Psicologia vêm propondo uma série de debates para melhor apurar e depurar essa relação usualmente entendida como conturbada. É vedado ao psicólogo “induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais”. No entanto, é preciso tomar cuidado para não confundir laicidade com antirreligiosidade: a psicologia é laica, mas “pautar-se na obrigatória laicidade não implica negar uma interface que pode ser estabelecida pela psicologia e a religião, e pela psicologia e a espiritualidade” (CFP, 2014). Ao psicólogo, cabe o respeito pelas opções religiosas de seu paciente/cliente, não servindo a laicidade como pretexto para se abster da religião no contexto psicoterapêutico: inclusive, é justamente a laicidade da Psicologia que deveria garantir a acolhida da diversidade religiosa dos pacientes.

Algumas notas explicativas, como a do CRP-MG (2018), esclarecem que não é adequado fazer qualquer adjetivação religiosa sobre a psicologia, sendo inapropriada a utilização de terminologias como Psicologia espírita, Psicologia cristã, Psicologia umbandista, Psicologia budista e, portanto, também Psicologia Islâmica, visto que de maneira alguma a psicologia pode ser orientada por convicções religiosas. Apesar disso, entende-se que apresentar essas ideias ao leitor é importante para que se saiba sobre a existência desse campo de estudo, em franca ascensão em países como os Estados Unidos, onde vem se desenvolvendo com minúcia, por meio de pesquisas, cursos, congressos específicos e até formações direcionadas aos profissionais da saúde mental que trabalham com a população muçulmana.



Em algum momento futuro, penso ser interessante fazer um aprofundamento sobre essa discrepância entre a forma com que o tema é tratado em outros países e no Brasil. A título de exemplo, entre 15 de outubro e 19 de novembro de 2020 participei de um minicurso de seis aulas oferecido como “*an online 6-Part series on Islamically Integrated Psychotherapy*”. Tais encontros foram promovidos pela Chicago School of Professional Psychology, uma faculdade de psicologia localizada na cidade americana homônima, em parceria com a universidade turca Ibn Haldun. Com isso, quero destacar como a Psicologia Islâmica, para eles, está dentro do que é considerado ético para a prática profissional psicológica naquele país.

Embora a Psicologia Islâmica seja bastante estudada em países de maioria muçulmana, como a Indonésia e a Turquia, curiosamente foi nos Estados Unidos onde ela ganhou profundidade, destaque e reconhecimento internacionais. Frisa-se que estamos falando dos Estados Unidos, um país ocidental em que muçulmanos também são uma minoria - em tese, um país mais aproximado da realidade brasileira do que os de maioria muçulmana, que são mais distantes de nós geográfica, cultural e religiosamente. Isso torna ainda mais instigante o questionamento: o que explicaria essa diferença abissal que separa essas duas realidades na forma de entender a aproximação entre religião e psicologia? Deixo a pergunta aqui registrada para buscar respondê-la em outra oportunidade.

No que diz respeito às contribuições da Psicologia Islâmica para essa tese, compreendo que ela nos remete às epistemologias e ontologias islâmicas, que nos são fundamentais se queremos melhor compreender as concepções sobre ser humano, saúde, doença, cura, sofrimento e psique que emergem do próprio Islã (Paiva, 2022). Vê-se que essas “psicologias adjetivadas” trazem desafios, incômodos e questionamentos – afinal, parece haver uma “promessa terapêutica” sendo veiculada por elas (Favero & Kveller, 2022, p. 1499) -, mas é preciso reconhecer que elas despontam como contraponto “à suposta neutralidade da psicologia tradicional” (Favero & Kveller, 2022, p. 1499), na tentativa de abarcar coletividades não

contempladas pelas abordagens psicológicas convencionais. Em momento oportuno, a retomada da aproximação com as ideias aqui apresentadas será de grande ajuda para entendermos os discursos que circulam sobre saúde mental nas comunidades brasileiras, bem como as explicações às quais as mulheres muçulmanas lançarão mão para descrever suas experiências com o tema.

## 2.4 Psicologia decolonial

Em março de 2019, recebi com extrema alegria a notícia de minha aprovação no doutorado. Também em março de 2019, a educação e a ciência brasileiras viveram um de seus maiores baques, com um corte desproporcional no orçamento destinado às pesquisas científicas conduzidas nas universidades públicas, acompanhado de uma série de declarações ultrajantes feitas por membros do governo brasileiro aos pesquisadores, estudantes e professores universitários: um cenário bastante desfavorável que apontava para o crescente desmonte da pesquisa no país. Neste contexto de desesperança, submeti o meu projeto de doutorado a uma prestigiosa agência de fomento à pesquisa e, após uma negativa bastante dura, trabalhei exaustivamente por mais de dois meses na reformulação da minha proposta para atender às exigências colocadas pelo parecerista. Como o leitor pode supor, recebi mais uma denegação.

Entretanto, a mágoa sentida em relação à ausência de financiamento ficou pequena diante do parecer recebido: apesar de elogioso ao meu trabalho árduo e dedicado, o parecerista *ad hoc* apontava que a centralidade das minhas análises deveria residir em buscar compreender “as motivações do ingresso dessas mulheres em uma religião *fundamentalista e conservadora, patriarcal por excelência*”. Em seguida, fechava seu parecer com uma fatídica pergunta retórica que eu, incrédula, por muito tempo ainda ruminaria: afinal, “*como pode um contexto assim representar saúde?*”. Para esta pessoa, era inconcebível que o Islã, que em seu entendimento

seria uma religião “fundamentalista e conservadora, patriarcal por excelência”, pudesse “representar saúde” para alguém.

Senti-me incompreendida: em vinte e cinco páginas de projeto, nas quais eu esmiuçava as nuances e complexidades desse tema, e justificava a necessidade premente de que nós, psicólogos, nos aproximássemos dessa religião e de seus seguidores, tudo que restou foi o vexatório estranhamento do parecerista. Quase como se afirmasse que esta pesquisa não era necessária, ele sinalizava que mais importante e urgente do que entender os modos de vida, as experiências e as concepções sobre saúde mental dessas mulheres, seria compreender quais eram os obtusos motivos que as levaram a uma religião “*assim*”. Como sugeri no primeiro capítulo, vive-se até mesmo dentro da academia um racismo epistêmico que determina quais temas e grupos são dignos de estudo e quais podem ser ceifados e relegados a uma segunda categoria. Por isso, é mandatório refletirmos a quem se destina a psicologia que estudamos nas universidades e que ajudamos a construir com nossas pesquisas e práticas: motivada pela pergunta de “*qual psicologia para quem?*”, chego à discussão sobre a psicologia decolonial.

Já há bastante tempo a perspectiva decolonial vem protagonizando as discussões promovidas em nosso grupo de pesquisa, o GRACIAS (Grupo de Antropologia em Contextos Islâmicos e Árabes). Por estarmos sediados no Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP/USP), deve ser destacado o pioneirismo do grupo em tentar sedimentar, por meio de esforços conjuntos, o campo de estudos islâmicos dentro da psicologia e, como consequência, contribuir com o fortalecimento das epistemologias decoloniais dentro dessa área de formação.

Entre os trabalhos mais recentes desenvolvidos no grupo, podemos destacar a investigação sobre narrativas islamofóbicas, que culminou na publicação do I Relatório de Islamofobia no Brasil (Barbosa, Souza, Lucas, Rocha, Carlos & Paiva, 2022) e o doutoramento em andamento de Ashjan Sadique Adi sobre os silenciamentos, estereótipos e distorções de

árabes e muçulmanos nos livros didáticos de História. A colonialidade e decolonialidade nos estudos em religião nos é tão cara que foi o tema escolhido para nortear o IV Ciclo de Debates<sup>45</sup>, evento anual do GRACIAS que em 2020 foi realizado *online* nos dias 23, 24 e 25 de novembro, e que resultou na organização e publicação do livro *Islam, decolonialidade e(m) diálogos plurais* (Barbosa, Molina, Prado & Pasqualin, 2022).

No que tange aos meus temas de pesquisa em particular, escrevemos um artigo (Paiva & Barbosa, 2021) sobre a importância de decolonizar as formas de olharmos para mulheres muçulmanas e suas demandas, por meio da consideração das concepções e experiências dessas mulheres sobre a sexualidade, tema da minha dissertação de mestrado. Agora, na tese, sinto-me impelida a trazer essa discussão para pensarmos sobre como tanto a psicologia, como as outras disciplinas adjacentes do campo *psi*, a psiquiatria e a psicanálise, ainda têm um longo caminho a percorrer nesse processo decolonizatório: nota-se que muitas vezes ao longo da história atuaram de maneira questionável junto à determinados grupos sociais.

Em outubro de 2021, a *American Psychological Association* (APA) publicou uma necessária retratação, segundo a qual reconhece seu papel na manutenção do racismo estrutural ao longo do tempo, e aponta que a história da psicologia inclui muitos “momentos críticos de silêncio e inação”, o que fez com que este ramo do conhecimento se tornasse “cúmplice em contribuir para as desigualdades sistêmicas”, ficando muito aquém de sua missão de beneficiar a sociedade e melhorar vidas. A APA, diz a nota, “reconhece as falhas, aceita a responsabilidade e promete mudanças para a psicologia” (APA, 2021).

Keshavarzi, autor referenciado na seção anterior, fez o seguinte questionamento ao final de sua apresentação na *12th Muslim Mental Health Conference*: por quais motivos as contribuições islâmicas à psicologia foram (e seguem sendo) altamente negligenciadas? O

---

<sup>45</sup>Todas as gravações das mesas temáticas que compuseram o evento (Abertura, África, América Latina, Oriente Médio, Psicologia e Feminismo Islâmico) estão disponíveis na íntegra no canal “Antropologia e Islam – Grupo GRACIAS” no YouTube. Ver <https://www.youtube.com/channel/UCXzlbJT9g02a5D1KleD0tw/videos>

próprio autor já nos entrega a resposta: tal invisibilidade é fruto da forte colonização que por tanto tempo vigorou sobre os territórios árabes-islâmicos e sobre sua população, o que fez com que até os muçulmanos desconhecêssem porções ricas de sua história e, mesmo quando cientes, foram ensinados a achar que tal produção não tinha valor. Dessa maneira, Keshavarzi frisa que a decolonização deve começar primeiro entre os próprios muçulmanos-as, que devem se abrir para a recuperação desses conteúdos que foram histórica e culturalmente invisibilizados.

Awaad (2020) corrobora essa visão: não se trata de jogar fora a psicologia ocidental – “não jogar fora o bebê com a água do banho”, fazendo alusão a um ditado popular - mas sim trazer à tona o que estava latente, e que vinha sendo convenientemente apagado. Convém pensar sobre o “nascimento” da psicologia como disciplina distinta, que foi marcada em suas origens pelas agruras do colonialismo do século XIX. Por isso, desde seu surgimento como ciência moderna, parcelas consideráveis de muçulmanos não se sentiam contemplados por esse campo tão europeu, branco, antirreligioso e elitista, cenário que só começa a mudar lentamente, como visto na seção prévia, a partir do final da década de 1970, quando passa a haver maior ênfase dentro dos contextos árabes-islâmicos sobre as contribuições dadas pelos muçulmanos, séculos antes de seus pares europeus, a esta área do conhecimento que se convencionou chamar de psicologia (Awaad, Elsayed, Ali & Abid, 2020).

Na obra crucial de Badri (1979/2016), ele afirma que os muçulmanos viviam em um estado de “escavidão mental” (p. viii): “mentalmente escravos” das teorias ocidentais. O momento atual pede a eles que virem o jogo: mais do que permitir que a psicologia “use” o Islã e os muçulmanos ao seu bel-prazer, de acordo com seus próprios interesses, seria hora dos muçulmanos “usarem a psicologia à serviço do Islã” (p. 70).

Querendo ou não, a psicologia ocidental moderna também se assenta em uma definição de natureza humana, pois sempre se parte de algum lugar. O que os autores da Psicologia Islâmica questionam é: se a concepção islâmica de pessoa e de natureza humana é também

específica, por que não se poderia considerar como válida uma determinada psicologia advinda destes referenciais? Nessa perspectiva, a Psicologia Islâmica se alinharia a outros movimentos que advogam pelo desenvolvimento de paradigmas internos, culturalmente específicos, para explicar as diversas comunidades e sociedades desde dentro (Pasha-Zaidi, 2019). Como visto anteriormente, as definições e limites ao redor da Psicologia Islâmica ainda são fluidos, mas certamente o pensamento decolonial pode ajudar neste direcionamento (Seedat, 2021).

Além de barrar e negar as experiências e saberes não-hegemônicos, é preciso pensar sobre as formas pelas quais o próprio colonialismo exerceu efeito destrutivo sobre o psiquismo dos colonizados, tópico tão bem pontuado por Frantz Fanon: de sua obra, extrai-se a ideia de que “se a pessoa nasce em uma terra colonizada a sua sanidade já está em risco” (Nogueira, 2020, p. 19). Através dos escritos psiquiátricos fanonianos, constata-se que o fim da colonização formal não “libertou” os colonizados: a colonialidade permanece e segue vigorando sobre as existências, os corpos, os poderes, os saberes e as subjetividades (Bernardino-Costa, Maldonado-Torres & Grosfoguel, 2019). Em uma pesquisa com mulheres muçulmanas brasileiras, que é conduzida também por uma pesquisadora brasileira, saltam aos olhos as diversas máculas que o legado colonial deixou encravadas em nós.

Em termos psicológicos, “a colonização, mais que um envenenamento político, é, sobretudo, uma intoxicação psíquica”: “a colonização das subjetividades produz patologias” (Nogueira, 2020, p. 17). Embora pudéssemos esperar que a psiquiatria atuasse para romper tais opressões, encontra-se que o campo *psi* muitas vezes terminou por reforçá-las ao tomar, etnocentricamente, determinadas manifestações da diversidade cultural-religiosa como doença, transtorno, distúrbio, desvio, patologia. Nesse sentido, as condutas *psi* por vezes se assemelham as do colonizador “diante da ‘loucura’ do paciente/colonizado” (Nogueira, 2020, p. 19).

No contexto argelino, Fanon e Azoulay (1954/2020) nos contam o caso do hospital psiquiátrico Blida-Joinville, no qual os pacientes eram separados entre europeus e nativos, uma

constante na etnopsiquiatria colonial: argumentava-se que a segregação era necessária para evitar conflitos baseados em “divergências de concepções morais”; caso contrário, poderiam ser suscitadas “reações perigosas” nesse “meio inflamável” (p. 42). Essa explicação foi dada por Antoine Poirot, psiquiatra que primeiro “esboçou uma tentativa de abordagem psiquiátrica do muçulmano”, na qual ele “elencou, num vigoroso diagrama, as principais características do nativo norte-africano: pouca ou nenhuma emotividade; crédulo e sugestionável ao extremo; obstinadamente tenaz; predisposição a acidentes e a reações pitiáticas” (Fanon, 1955/2020, p. 233). Tais notas parecem suficientes para que percebamos, com espanto, a patologização feita sobre os muçulmanos: um “racismo com pretensão científica” (p. 232).

Fanon (1955/2020) aponta três fatores importantes para questionar a prática psiquiátrica vigente no Magrebe naquela época, a saber: a inexistência de uma psiquiatria autóctone, nativa; o fato de que grande parte dos psiquiatras nem sequer falavam a língua dos pacientes; e a negligência em relação à cultura, à religião e às condições de vida daquela população (p. 232). É crucial a observação de Fanon sobre a necessidade de buscar, na cultura local, as conceituações e entendimentos circulantes acerca dos transtornos mentais.

Sobre isso, destaca-se o seu manuscrito intitulado “*A vida cotidiana nos douars*”, vilarejos tribais argelinos, nos quais a explicação vigente para a “loucura” era usualmente atribuída aos *jinnns*, os gênios – mas, sarcasticamente, Fanon aponta que parece que tais dados “interessam apenas ao especialista das religiões”, não aos psiquiatras (Fanon & Azoulay, 1955/2020, p. 195). Nesses agrupamentos, fica evidente a crença de que, se um homem “se contra enfermo, é porque Deus o permitiu; se a cura continua a ser possível, é porque Ele a permite” (Fanon & Azoulay, 1955/2020, p. 205). Aqui jaz novamente a tenuidade da linha entre normal e patológico: se, “na Argélia, é *normal* acreditar em gênios”, considerar essas crenças e condutas como “primitivas”, “atrasadas” ou “irracionais” nada colabora com o entendimento da questão, pois “não passa de um juízo de valor” (p. 208).

Pulemos agora para a obra “*Knot of the soul: madness, psychoanalysis, Islam*”, publicada pela antropóloga Stefania Pandolfo em 2018. Em algumas passagens, a autora descreve o hospital psiquiátrico Razi, localizado na cidade de Salé, noroeste do Marrocos, etnografado por ela de 1998 a 2003: o hospital em questão era na época uma das poucas escolas de psiquiatria do Marrocos e, para que atingisse um “padrão internacional”, um modelo biologicista foi adotado em detrimento das práticas culturais-religiosas que circulam fortemente no país (Paiva, 2019). Décadas após as observações fanonianas transcritas nos parágrafos anteriores, o cenário encontrado por Pandolfo na região magrebina era ainda bastante semelhante, pois notou que usualmente os pacientes chegavam ao hospital falando árabe ou berbere, mas que os prontuários seguiam sendo redigidos em francês, uma das marcas do legado colonial do país.

Por realizar uma etnografia multisituada, a autora circula também por consultórios, espaços religiosos e espaços públicos, dialogando com médicos, psicanalistas, pacientes e líderes religiosos - algo semelhante ao que originalmente me propus a fazer nesta tese. Quando entrei em contato com essa obra, fiquei satisfeita ao constatar a forma com que a autora se apoia em algumas ideias psicanalíticas, mas associando-as à saúde mental em uma perspectiva social e cultural, que ultrapassa a dimensão clínica.

Embora se pretendam universais, sabe-se que as teorias e abordagens da psicologia moderna estão também calcadas em uma visão de mundo específica, ou seja, foram cimentadas a partir de bases epistemológicas e ontológicas particulares. O último trabalho publicado de Edward Said, importante autor pós-colonial conhecido por sua clássica obra “*Orientalismo*”, é, precisamente, sobre Sigmund Freud. No texto, que primeiro foi apresentado no Freud Museum em Londres, Said (2004) levanta uma discussão primordial: não se trata de descartar os grandes autores europeus, nem lê-los acima do momento histórico e cultural ao qual pertencem, mas sim de contextualizá-los.



De acordo com Said (2004):

. . . apesar de sabermos o quanto do trabalho de Freud foi dedicado a resgatar e reconhecer o que foi ou esquecido ou não admitido, não penso que, em termos culturais, os povos e as culturas primitivas não-europeias lhe eram tão fascinantes quanto os povos e as histórias da Grécia Antiga, Roma e Israel. Estes foram os seus verdadeiros predecessores em termos de imagens e conceitos psicanalíticos (p. 47).

Isso se manifesta claramente, na visão de Said, na obra freudiana “*Moisés e o monoteísmo*”: por um lado Freud reconhece Moisés como não-europeu, por outro segue tratando os judeus como europeus, mais aproximados da Europa do que da Ásia ou da África. Em outras palavras, é óbvio que Freud olha para si e para sua cultura alinhando-as com os valores europeus e, mesmo quando olha para culturas distintas da sua, o faz de forma a corroborar com suas ideias, entranhadas à sua visão de mundo eurocêntrica. Entretanto, Said aponta que isso, por si só, não é espantoso ou excessivamente problemático:

. . . acredito que é correto dizer que Freud possuía uma visão eurocêntrica da cultura – e por que não haveria de sê-lo? O seu mundo ainda não tinha sido tocado pela globalização, nem pelas viagens rápidas, ou a descolonização, que tornariam aquelas culturas, antes desconhecidas ou reprimidas, disponíveis para a Europa metropolitana. Ele viveu imediatamente antes dos deslocamentos populacionais em massa que trariam indianos, africanos, turcos e curdos ao coração da Europa, como trabalhadores estrangeiros e frequentemente imigrantes indesejados (p. 48).

Ou seja: seria inútil exigir de Freud que tivesse pensado em questões à frente do seu tempo, ou mesmo que tivesse escapado das amarras de sua visão eurocêntrica. O que pode ser feito, e que tem sido executado por muitos, é expandir a visão freudiana para as inquietações que nos atravessam na contemporaneidade – é esse movimento que permite fazer avançar as ideias dos grandes autores da psicologia moderna, porque “a história posterior reabre e questiona” a sua obra, “colocando-a em contato com formações culturais, políticas e epistemológicas com as quais jamais sonhou o autor, não obstante filiada a ele pelas circunstâncias históricas” (p. 55-56).

No campo islâmico, usualmente há uma forte resistência à psicanálise, devido à ideia de que seria avessa às religiões e à sua ênfase no componente sexual. Entretanto, como veremos

adiante no texto, algumas interlocutoras mencionarão Freud e, dando sequência ao que já esbocei no capítulo 1, no próximo apresentarei em detalhes a entrevista que realizei com uma psicanalista muçulmana. Anteriormente, apontei que Jung e Rogers costumam ser os autores da psicologia ocidental-moderna que recebem leniência, pois são vistos pelos muçulmanos como um pouco mais aproximados de suas visões de mundo e de homem. No entanto, ao longo do meu levantamento bibliográfico encontrei uma profusão de livros sobre a relação psicanálise-Islã, como o inaugural “*La psychanalyse à l’épreuve de l’Islam*”, de Benslama (2002); o de Bennani (2008) sobre o desenvolvimento da psicanálise no Magrebe; o provocativo “*The Arabic Freud: Psychoanalysis and Islam in modern Egypt*”, de El Shakry (2017); e a coletânea recente organizada por Parker e Siddiqui (2019) sobre as matizes entre uma “psicanálise islâmica” e um “Islã psicanalítico” - tal amostra serve como indicativo de que há um interesse especial e crescente pelos pontos de encontro entre Islã e psicanálise.

Dito isso, nos próximos capítulos o leitor perceberá que será acionado um arsenal de referências para dar conta de problemáticas diversas. Na maior parte do tempo, tentaremos entender as demandas dentro do enquadre psicológico-social advindo do próprio Islã, mas por vezes também farei um movimento semelhante ao proposto por Said e recorrerei às teorias da psicologia moderna para este propósito. Não se trata de contradição teórica: assim como argumento a favor da consideração da Psicologia Islâmica no rol das epistemologias psicológicas decoloniais (Paiva, 2022), como vem sendo feito no Brasil com a emergência da psicologia favelada (Gonçalves, 2019), da psicologia preta (Veiga, 2019) e de múltiplos projetos de outras psicologias nativas (Pizzinato, Guimarães & Leite, 2019), igualmente acredita-se na importância de lançar um olhar decolonial para a assim chamada psicologia ocidental-moderna para “não jogar fora o bebê com a água do banho”, como anteriormente pontuou Awaad (2020). Um estudo sobre saúde mental no Islã pode fazer uso da psicanálise,

por exemplo, mas certamente seria deficitário se desconsiderasse os referenciais do próprio grupo (Pasha-Zaidi, 2019).

Assim, esse legado psicológico plural que vem do Islã será retomado em pontos futuros do texto, mas também será articulado com ideias que lhes são externas: propõe-se um trabalho livre da pretensão de que uma teoria ou abordagem sozinha daria conta de todas as temáticas levantadas nessa tese. Como é dito na psicologia, toda e qualquer teoria tem suas brechas, seus furos: não existe abordagem que dê conta de explicar tudo, seja ela hegemônica ou não, moderna ou não, ocidental ou não. Além disso, eu mesma fui formada na psicologia ocidental-moderna e, por sabermos ser a neutralidade uma falácia, carrego comigo uma bagagem composta por certas concepções que moldam minha visão sobre (o) ser humano e que funcionam como minhas lentes para compreender o mundo e os fenômenos *psi*.

Vale uma vez mais destacar que essa pesquisa é focada em mulheres muçulmanas brasileiras, o que faz ser preciso acionar referenciais que sejam representativos das particularidades de seu contexto, mas em diálogo com a realidade nacional ampliada. Portanto, independentemente do referencial que se opera - se “nativo”, “islâmico”; ou se “ocidental”, “moderno” -, o propósito é que sejam mais provocativos do que obrigatoriamente explicativos: visam ao intuito maior de fomentar a discussão sobre como a psicologia pode e deve ser mais atenta e sensível às realidades culturais-religiosas, pois acredita-se que só por meio dessa rede de construção de sentidos é que se fará avançar a discussão e os entendimentos, também no que se refere à saúde mental.

### **3. *A mesquita e o divã: perspectivas de cuidado direcionadas às comunidades islâmicas***

No capítulo 1, após apresentar o terreno fértil de onde veio a ideia para esta tese, narrei o meu retorno ao campo islâmico por meio de duas palestras sobre saúde mental ocorridas na Mesquita de Santo Amaro no primeiro semestre de 2019. Escolho deixá-las naquela seção e não nesta porque, embora eu as tenha frequentado após a minha aprovação no doutorado, ambas foram cruciais para o aperfeiçoamento do meu projeto, pois me confirmaram o caminho inicial que eu havia escolhido, bem como apontaram novas questões que me colocaram para pensar. Em meados de 2020, retomei meu contato com o *sheikh* Mohamad Bukai e com a psiquiatra e psicanalista Samira, para convidá-los para uma conversa individual comigo. Em nossa interlocução, apontei como eles são figuras fundamentais na *construção* do conhecimento sobre saúde mental nas comunidades islâmicas brasileiras.

Quando finalizei a escrita do meu projeto de doutorado, ao final do ano de 2018, não havia nenhuma iniciativa estruturada sendo conduzida pelas comunidades do país sobre o tema da saúde mental, o que inclusive na época me deixou apreensiva com a possibilidade de que eu pudesse não vir a ter material suficiente para desenvolver essa tese. Felizmente, em 2019 uma movimentação se iniciou com palestras presenciais locais: o encontro da comunidade com Samira na mesquita constituiu a primeira sinalização de que o estabelecimento de parcerias entre os *sheikhs* e os profissionais de saúde mental não apenas era possível, mas fundamental para fazer o tema se desenvolver no Brasil. Desde então, essa parceria vem se consolidando, e grande parte dos líderes religiosos têm convidado diferentes profissionais da comunidade para abordar alguns tópicos mais específicos: muitos *sheikhs* possuem grande visibilidade nas redes sociais e, sobretudo em tempos pandêmicos, utilizaram o espaço digital para esta conscientização.

A organização dos profissionais muçulmanos para atuarem coletivamente junto às comunidades, até recentemente inexistente, teve um primeiro esboço por parte do grupo *Psico & Islam*, fundado em junho de 2020 por psicólogas muçulmanas: composto majoritariamente por psicólogas nascidas muçulmanas e de origem árabe, tinha em sua configuração original apenas uma brasileira revertida. De acordo com a postagem de apresentação feita por elas no perfil público do *Instagram* (@psicoislam) em 10 de junho de 2020, trata-se de “um grupo de psicólogas muçulmanas que juntas decidiram criar um grupo de suporte de psicologia para a comunidade muçulmana, bem como criar ações educativas sobre diversas temáticas que afetam o dia-a-dia das pessoas que seguem o Islam, buscando assim tirar dúvidas e incentivar a promoção da saúde e do bem-estar”. Em termos de conteúdo, o coletivo oscila entre postagens mais específicas sobre sua religião, como o uso do véu (*hijab*), *lives* realizadas com *sheikhs* sobre temas como “namoro e casamento no Islam”, “me reverti e agora?”, “desafios e curiosidades sobre o *hajj*” e *lives* com outras muçulmanas de áreas de atuação diversas; e tópicos mais generalistas, como perfeccionismo, autoestima, pessimismo, procrastinação, inteligência emocional, entre outros. Assim, cumprem com o objetivo de fornecer “orientações de psicologia para a comunidade muçulmana”, promovendo a psicoeducação, ou seja, uma educação em saúde mental.

Esse cenário nos permite afirmar que em 2020 o tema se expandiu nas comunidades, pois além do fortalecimento das iniciativas que já estavam em curso, também outras surgiram, apoiadas nesse cenário favorável para a circulação e popularização do assunto. Dado o panorama brevemente apresentado, vê-se que em apenas dois anos a conjuntura se modificou consideravelmente. Portanto, retomar o contato com o *sheikh* Bukai e com Samira, dois dos pioneiros na introdução do tema nas comunidades islâmicas brasileiras, fornece agora um resultado muito interessante: além de permitirem que eu aprofundasse com eles alguns tópicos que eu já havia suspeitado em 2018 e constatado em 2019, foi possível também comentarmos

sobre estes avanços que temos percebido em relação ao tratamento da temática da saúde mental dentro das comunidades islâmicas brasileiras, nas quais eles são protagonistas. Assim, foi possível já fazer uma espécie de balanço do que foi *construído, transmitido e circulado* sobre esse tema nesses últimos anos, bem como pensar possibilidades para o futuro próximo.

Opto por agrupá-los em um mesmo capítulo porque o modelo colaborativo é o que parece melhor funcionar para dar conta das demandas das comunidades islâmicas (Amri & Bemak, 2013; Keshavarzi & Ali, 2019): a comunicação entre profissionais da saúde mental e líderes religiosos leva a uma apreciação mútua e, por meio dessa troca, um educa o outro na sua área de conhecimento predominante. Futuramente, esse intercâmbio pode vir a permitir a criação de uma linguagem mais afinada, compartilhada entre eles, e quiçá intervenções integradas direcionadas aos muçulmanos e muçulmanas que necessitam de tais cuidados.

### **3.1 “*Eu chamo a religião de receita divina*”: o entendimento teológico de um *sheikh* sobre a saúde mental**

Costumo comentar com meu círculo próximo de contatos que considero o *sheikh* Bukai uma das pessoas mais bondosas e generosas que encontrei na minha trajetória até aqui: o *sheikh* sempre acolhe os pesquisadores com extrema solicitude, disposto a ajudar toda e qualquer pessoa que dele precisar. Quando conversamos com o *sheikh* Bukai, usualmente nos sentimos como se fôssemos as pessoas mais importantes do mundo, ou ao menos a pessoa mais importante do mundo naquele momento, tamanha a consideração com que ele trata os assuntos que levamos até ele. Atualmente, ele exerce a função de *Imam*<sup>46</sup> da Mesquita Brasil, a maior do país, o que faz com que ele tenha uma agenda repleta de compromissos e assuma uma série de responsabilidades, estando inclusive presente na lista dos 500 muçulmanos mais influentes do

---

<sup>46</sup>O *Imam* é o líder religioso que conduz as preces em uma determinada mesquita.

mundo<sup>47</sup>. Ainda assim, com presteza respondeu ao meu contato por *WhatsApp* e marcamos nossa conversa por *Skype* logo para a semana seguinte.

Com a gentileza que lhe é habitual, o *sheikh* me parabeniza pelo estudo que estou conduzindo e diz que minha pesquisa “é uma luz, uma orientação”: ele espera que com ela eu possa “ajudar muitas pessoas”, pois “as melhores pesquisas são as que não ficam na gaveta, mas que vão ser lidas e aproveitadas”. Após os meus mais sinceros agradecimentos pela sua atenção e disponibilidade, eu peço a ele que me fale um pouco sobre as concepções islâmicas acerca da saúde mental. Ele define:

*Eu acredito que não podemos dividir a saúde porque tem que ser uma coisa integral. A saúde mental faz parte da saúde em geral. O ser humano precisa das três saúdes: se qualquer uma falta, fica esse transtorno, ele não fica bem. Por isso eu acredito que o Islã, como uma religião divina, vem para ajudar o ser humano a ter essa saúde integral e completa, tanto física, como mental, psicológica, emocional. É parte do ser humano. O ser humano pode ter um corpo super ativo, com saúde, mas se ele não tem uma alma, um equilíbrio, não adianta ter um corpo bom. Por isso é muito importante quando falamos da saúde realmente tocarmos em todos os seus lados.*

Quando ele fala das três “saúdes” – física, mental, espiritual - eu comento sobre o título da minha tese e ele, sorridente, diz achar muito bonito. Uma vez mais, a confirmação do que se fazia possibilidade desde o início da pesquisa: temos aqui uma visão holística, integral, tanto de saúde como de ser humano. Sobre esse entrelaçamento entre *corpo, mente e coração*, o *sheikh* Bukai acrescenta:

*Você pode ter a especialização da medicina hoje, por exemplo, no joelho. Mas você nunca pode esquecer que esse joelho faz parte de um corpo. Não dá para separar de uma forma total. Se dói e eu não consigo levantar, isso afeta toda a minha vida! Não afeta só o joelho: eu não consigo andar, eu fico triste. Então sempre tem que pensar como um ser integral, que tem corpo, que tem coração, que tem essa parte emocional, e que tem mente e cérebro também, essa parte racional. E cada um tem seu alimento, né? O alimento do corpo é diferente do alimento da alma, do coração. Se você quer alimentar o corpo, você come uma comida saudável. Para alimentar a sua mente tem que ler, tem que aprender, tem que ter conhecimento. E para alimentar o coração tem que amar. São esses três: corpo, mente e coração. E são três alimentos também: comida, conhecimento e amor.*

---

<sup>47</sup>Ver <https://themuslim500.com/profiles/mohamad-bukai>

De acordo com o *sheikh*, como o ser humano é constituído por corpo, mente e coração, cada componente apresentará suas fraquezas e aflições específicas, mas se o corpo adoecer, as outras partes também são afetadas, e vice-versa. Assim, a saúde é fruto de condições internas e externas, e não há saúde do corpo sem saúde da alma, nem saúde da alma sem a da mente: negligenciar qualquer uma dessas dimensões gera um desequilíbrio capaz de corromper todo o sistema. Para evitar tal disrupção, o *sheikh* começa a delinear a importância das orientações religiosas:

Tem um versículo do Alcorão Sagrado que é muito importante, que explica o que Deus fala para Adão e Eva quando desceram aqui na Terra. O que Deus disse no início da humanidade? Ele disse para eles: *sigam a minha orientação, pois quem segue a minha orientação nunca vai se desviar nem ficar infeliz*. Então são duas garantias: Deus tem uma orientação, uma receita. *Eu chamo a religião de receita divina*: Deus tem sua receita, sua orientação para não se desviar, porque muitas pessoas se desviam, e isso também é fonte da infelicidade do ser humano. Quem seguir a receita nunca vai ser infeliz: vai ser feliz, é uma garantia. *Uma pessoa guiada é uma pessoa feliz: ela é feliz se segue essa receita divina*. É uma garantia de que você está seguindo um caminho seguro. Realmente, *a religião é uma fonte de felicidade*.

O *sheikh* opta por trazer de imediato para a nossa conversa o que Deus teria dito logo no início da humanidade, mostrando assim a relevância fundante dessa orientação dada por Ele a Adão e Eva. Um adendo ao leitor é o de que no Islã não existe a ideia de pecado original: tanto Adão quanto Eva desobedeceram igualmente a orientação que lhes foi dada, ou seja, saíram do caminho prescrito por Deus. Como decorrência desta transgressão, algo ruim lhes aconteceu, mas apenas os dois arcam com as consequências desse desvio, pois nenhum ser humano, de acordo com a crença islâmica, é responsável pelo erro de outrem: “nenhuma alma receberá outra recompensa que não for a merecida, e nenhum pecador arcará com culpas alheias” (Alcorão, 6:164). Como Adão e Eva prontamente se arrependeram, foram também prontamente perdoados.

É muito interessante a forma com que o *sheikh* caracteriza a religião: como uma receita divina. O Alcorão é entendido como o Livro que dá o passo a passo dessa receita: “é um bálsamo para a enfermidade que há em vossos corações, e é orientação e misericórdia para os fiéis”



(Alcorão, 10:57). O princípio geral de uma receita é que, se seguida, trará os resultados almeçados: aqui, a receita divina, composta por uma série de orientações, garantiria a quem a segue a *segurança* e a *felicidade*. Inversamente, desviar, ou seja, não seguir a receita, tira a pessoa do caminho seguro e traz infelicidade. Assim, o *sheikh* está retomando uma das tendências que sinalizei no começo da tese, que é tratar a *religião como fonte de prevenção* em saúde mental. Ele explica como isso aconteceria:

*A religião previne muita coisa. Como o Islã faz isso? A base é a fé. Só de ser monoteísta, só de ter crença em Deus, isso já é uma fonte de força. O que acontece hoje é que muitas filosofias, muitas religiões e muitos médicos que não tem essa base falam que as pessoas têm que se voltar para si e procurar uma força dentro de si. Falam para a pessoa usar sua força interna, que ela tem capacidade, fazem essa autoestima da pessoa. Claro que o ser humano tem força, a gente acredita que o ser humano é uma energia muito forte. Mas isso também não é suficiente. Se você fica só confiando no seu poder, na sua capacidade, chega um dia que você cansa também. Aí você procura o que é mais forte que você. Por que o muçulmano reza cinco vezes por dia? É uma ligação, uma conexão com a fonte da força. Você recorre a Ele. Se você recorre só a si, não tem isso.*

Mais adiante, Samira comentará algo semelhante: ela explicará que do ponto de vista psiquiátrico, a religião é de fato considerada um fator de prevenção para uma série de transtornos e comportamentos de risco. De acordo com ela, esse caráter preventivo vem da conexão não apenas com uma instância maior, que seria Deus, mas pelo fato da religião ser capaz de costurar a pessoa em uma malha de vínculos sociais.

Por ser uma religião que necessariamente implica um outro, seja esse outro a comunidade de muçulmanos, ou seja esse grande Outro, que para os muçulmanos é Deus, o *sheikh* tece uma crítica ao individualismo: de acordo com ele, hoje é colocada excessiva ênfase sobre o indivíduo como se ele fosse uma totalidade, pleno em si mesmo, ensimesmado. Esse indivíduo, por achar-se suficiente, julga que não precisa desse outro/Outro, e que se basta. A fala do *sheikh* Bukai também me faz pensar sobre o processo de “psicologização”, marca da nossa cultura contemporânea que privilegia a noção de “vida interior”, realçando discursos autossuficientes e autocentrados, como o de que é preciso buscar dentro de si as chaves para todas as respostas e de que o ser humano é capaz de tudo aquilo que ele quiser, desde que tenha

“força de vontade”: um coroamento do eu, que assume posição soberana. Nessa perspectiva, as noções de cura e de salvação deixam de ser atribuídas ao sagrado e passam a ter sua origem no próprio indivíduo: um “privilegio de uma salvação intramundana”, que evoca a cura interior (Duarte & Carvalho, 2005). Diferentemente, o *sheikh* acredita que o ser humano tem uma potencialidade enorme, mas que ainda assim a força interna que um possui não é suficiente, pois ninguém está encerrado em si mesmo: do ponto de vista religioso, se temos um Criador, se somos apenas criaturas, estamos necessariamente ligados a Deus e isso significa que nossa força e potência, por maiores que sejam, possuem um limite e jamais se equiparariam às Dele.

Essa fé é a crença em Deus Todo Poderoso: Ele que criou a vida, Ele que está no comando. É o básico do básico. Você crer que é criatura, que tem Criador, que Ele está olhando, está sabendo de tudo. A minha vida está na mão dele, a minha morte está na mão dele, a minha saúde, a minha doença. Eu sempre falo, sabe quando estamos no avião? As pessoas dormem. Você está pendurado no ar, mas mesmo assim as pessoas ficam relaxadas, tranquilas. Por que? Porque elas confiam no piloto, sabem que tem alguém lá na frente que está tomando conta de tudo. *Ele está cuidando de nós. Isso dá uma tranquilidade para as pessoas.* Então quando você acredita que esse universo tem piloto, tem Criador, tem quem está cuidando, isso é uma fonte de força. Crer nisso, que não estou sozinho. *A gente é criatura: não somos Deus, não somos o Superman.*

A ideia de tranquilidade do *sheikh* não está relacionada à acomodação, à isentar-se de responsabilidades, mas ao ato de confiar que há alguém mais preparado que você para aquela tarefa: o piloto para conduzir o avião, Deus para conduzir a vida de todos. De acordo com o *sheikh*, primeiro se acredita em Deus, e depois se estabelece com Ele uma forte ligação. Essa ligação leva à confiança: a pessoa se sente mais disposta para “encarar qualquer coisa que passa na vida dela”. Além disso, quando qualquer problema ou adversidade se manifestar em sua vida, sua *reação* será distinta daquela “da pessoa que não acredita em Deus”, porque está ciente de que existe uma outra dimensão, na qual Deus está zelando por todos.

Por exemplo, perder um filho, é uma coisa tão forte. *Procura força dentro de si, você não acha.* Se você perdeu um negócio, perdeu todo o dinheiro que tem, por exemplo. Com uma perda, como a pessoa procura força dentro de si? Até tem, mas não basta, não é suficiente. A primeira coisa que o muçulmano fala quando recebe a notícia da perda de alguém é que somos de Deus e a Ele retornaremos. De onde viemos? Viemos Dele. E para onde retornaremos? Para Ele. Quem deu o filho para mim? Ele. Deus é Misericordioso, Ele tem mais clemência do que eu. Esse todo, esse conjunto, ajuda

muito a pessoa a enfrentar os desafios da vida cotidiana com mais força, ajuda a não desanimar, a não desistir.

O *sheikh* retoma a ideia da “vida interna” para elucidar como, em sua opinião, por mais que uma pessoa seja forte e resiliente, sem a conexão com a dimensão divina ela não conseguiria encontrar tamanha força dentro dela mesma para lidar com as agruras do seu destino. A ideia de tranquilidade, paciência e confiança que o *sheikh* nos passa por meio de seus exemplos está bastante próxima da noção da humildade que o ser humano deveria ter para assumir que não dá conta de tudo e que exerce muito pouco controle sobre os eventos da vida: se somos criaturas, não somos super-heróis e não temos superpoderes. Isso é válido tanto para os grandes eventos da vida, como a dolorosa perda de um filho que o *sheikh* menciona, como para as coisas materiais, corriqueiras, banais. É comum ouvir os muçulmanos falarem que, se conquistaram algo, isso só foi possível por conta de Deus: porque Ele quis, porque Ele deu e que, assim como deu, pode também tomar. À primeira vista, uma reação que para alguns poderia soar como resignação, um conformismo embotado, o *sheikh* vê como movimento, como o mais puro e verdadeiro enfrentamento, e não paralisação.

Ao discorrer sobre a importância de ter plena confiança em Deus para “não desanimar, não desistir”, o *sheikh* Bukai traz à tona a questão do suicídio:

Por que às vezes as pessoas se matam? Porque ele acha que está muito fraco, que não tem solução. Quem tem fé nunca vai chegar a esse nível, porque ele sempre vai recorrer a Deus. O muçulmano recorre a Deus todos os dias. No mínimo cinco vezes por dia ele tem, através da oração, essa ligação com Deus.

Em setembro de 2020, mês de campanha de prevenção ao suicídio, a Mesquita Brasil transmitiu em sua página pública de *Facebook* e no seu canal do *Youtube* uma *live*<sup>48</sup> sobre este tema na perspectiva islâmica, com a participação de *sheikhs* e de uma psicóloga muçulmana, uma das parcerias entre líderes religiosos e profissionais muçulmanos-as do campo da saúde mental anteriormente citadas. A proposta de falar sobre um tema tão delicado, vinda da

---

<sup>48</sup>A *live* está disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=EpsLVGHkems>

mesquita mais antiga da América Latina, é certamente um passo importante para tentar romper estigmas. Na conversa com Samira, ela também comentou sobre este mote: apontou como as religiões comumente condenam o suicídio e que, intrigada com esta questão, só encontrou uma perspectiva diferente no Budismo, porque nele há uma outra visão sobre a morte e o morrer. Para o Islã, a vida é uma dádiva, cabendo ao muçulmano e à muçulmana o dever de honrá-la e preservá-la, “sem permitir que as vossas mãos contribuam para vossa destruição” (Alcorão, 2:195).

Quando se fala sobre suicídio, ou mesmo sobre a depressão, atrelados ao Islã ou a qualquer outra religião, o primeiro discurso que vem à tona é o da falta de fé. Eu apresento ao *sheikh* Bukai o que tem aparecido na minha pesquisa até aquele momento, e aponto que todas as interlocutoras relataram, como se verá nos próximos capítulos, que já ouviram por parte de outros membros da comunidade este discurso sobre a falta de fé como uma explicação para as questões de saúde mental que elas vivem, comentário usualmente carregado de acusação e julgamento. O *sheikh* retoma Adão e Eva como exemplos e comenta:

*Não tem nada a ver com a fraqueza da fé. O ser humano cai, ele fica fraco, mas isso não quer dizer que ele não pode levantar. O nosso pai Adão foi treinado, esse treino dele é para nós. Por que ele errou? Deus colocou esse erro para quê? Ele não desobedeceu a Deus porque era uma pessoa ruim, mas porque faz parte da vida do ser humano errar. Nós somos seres humanos, temos que aceitar essa nossa natureza humana: erramos e aprendemos com os erros. Aprendemos com os nossos erros e voltamos para o correto. O que não pode é persistir no erro: a gente volta, corrige e está tudo bem. Não tem que ficar carregando culpa, de que tem fé fraca, que é por isso que está assim. Não! Não tem nada a ver com isso.*

Na perspectiva do *sheikh*, errar é algo muito humano, visto que as criaturas são imperfeitas. Entretanto, “voltar para o correto”, para o caminho, também seria um movimento espontâneo do ser humano, pois recorda-se que do ponto de vista islâmico é da natureza dos muçulmanos, é da sua *fitrah*, essa inclinação em direção a Deus. Sobre “cair” e “ficar fraco” ocasionalmente, o *sheikh* complementa:

*Nós aprendemos que a fé pode ser forte ou pode ser um pouco mais fraca. Isso é super normal. Às vezes a pessoa pensa que não está praticando direito a religião, que está um*

pouco afastada, e que por isso Deus não vai olhar para ela. Não, nada disso. *Até o Profeta Muhammad nos orientou sobre quando nossa alma fica um pouco cansada.* Ele falou que quando você vê a sua alma tranquila, feliz, você procura fazer até mais práticas voluntárias: orações voluntárias, por exemplo. Você acrescenta. Mas quando você está assim, com a alma um pouco mais fechada, cansada, você não força a pessoa para fazer. *Faz o mínimo, não deixa de fazer as coisas mínimas, as obrigações. Mas não precisa fazer tanta coisa, não.* Cuida do básico para você se manter e espera que a situação mude, que seja uma coisa passageira. Quando a pessoa fica doente, ela não consegue ir ao trabalho, fica um pouco em casa para descansar. Aí quando ele fica bem, ele volta. Por isso eu acredito que *realmente tem essas mudanças, mas o ser humano não pode perder a fé.* Não pode perder a esperança, não pode ficar desesperado. O Islã tem vários ensinamentos para o muçulmano ter sempre esse equilíbrio emocional. O desequilíbrio deixa a pessoa desviar, ir para o extremo.

O *sheikh* faz uma distinção: ter fé é uma constante, o muçulmano não pode deixar de tê-la. Entretanto, o nível dela é flutuante, oscila de acordo com o momento e as situações da vida. Nos próximos capítulos veremos, por exemplo, a história de Paula, que no momento da nossa conversa se sente um pouco perdida na religião, assim como várias outras interlocutoras, como Débora e Selma, que relatam que nos momentos de crise se apegam a Deus e à fé, mas não conseguem executar as práticas rituais islâmicas, pois falta-lhes disposição, energia, concentração. A mensagem do *sheikh* acalma essa inquietação das mulheres, pois ele traz que o próprio Profeta Muhammad reconhecia essa dificuldade dos crentes, quando estes eram acometidos pelo “*cansaço da alma*”.

O *sheikh* também destaca o que em diversas outras vezes foi ressaltado: o Islã é uma religião que preza pelo equilíbrio, pelo comedimento, entendendo todo e qualquer excesso como prejudicial, inclusive o excesso de práticas religiosas. Há um dito do Profeta Muhammad que mostra que seu exemplo era fazer o jejum, mas quebrá-lo quando fosse a hora; rezar pela noite, mas também dormir e descansar; ou seja, não extrapolar os limites: fazer tudo, mesmo as práticas rituais, com moderação. Mais à frente, Samira irá falar sobre as faltas que os excessos encobrem, também no que tange à religião.

Como visto, o *sheikh* não apenas reconhece a existência e a gravidade da depressão, como direciona sua fala no sentido de tirar dessas pessoas qualquer culpa por se sentirem assim.

Contudo, o *sheikh* recupera e entrelaça tudo que foi dito por ele - a importância da confiança em Deus, da tranquilidade, da paciência - no sentido de sinalizar que, se por um lado nenhum sofrimento e nenhuma dor podem ser menosprezados, por outro todo muçulmano e toda muçulmana deveriam entender que essa vida é feita de adversidades e turbulências: em algum momento, inevitavelmente experimentarão a dor e o sofrimento.

*Mas também o ser humano precisa enfrentar desafios nessa vida, essa vida aqui é para te desafiar. O muçulmano tem que estar preparado. Deus não prometeu para nós que aqui é o paraíso. Essa vida, a vida terrena, não é uma vida eterna. Ele vai ter outra vida que vai ser eterna, que vai ser tranquila. Tudo isso que a gente reclama aqui nessa vida, na vida verdadeira a gente não vai ter, né. Então essa vida é uma fase que o ser humano está passando. Então aqui você não vai viver sem dor, sem sofrimento. Essa vida é para isso.*

O *sheikh* indica que os muçulmanos devem estar cientes de qual é o objetivo, o propósito do ser humano na Terra: “quem pensa que aqui vai encontrar um paraíso, já começou errado”, pois essa vida, terrena, mundana, é muito distinta da vida que levará quem for contemplado com a vida eterna do paraíso. De acordo com o *sheikh*, o ser humano foi criado já com o propósito de passar e enfrentar dificuldades: “criamos o homem em uma atmosfera de aflição” (Alcorão, 90:4). A vida sem sofrimento não é esta, mas a do paraíso, na qual, de acordo com a crença islâmica, não haverá qualquer sinal de dor ou angústia; também lá não haverá doença: trata-se de infinita fruição.

Na vida terrena, a alma nunca estará em tranquilidade perpétua: apesar de seus esforços, o homem deve esperar se deparar com turbulências cotidianamente. Se esse mundo “não é a morada da alegria e da felicidade” (Al-Balkhi, 2013, p. 52), essa vida evidentemente trará a todos mais perdas do que alegrias; estas últimas são presentes de Deus, que devem ser desfrutados: são, portanto, momentos esporádicos, semelhante à visão freudiana sobre a felicidade já mencionada no capítulo 1, e que Samira resgatará logo adiante.

Dá-se aqui um passo além: mais do que *fazer parte* da vida, a vida é *para isso* - para experimentar e enfrentar dificuldades, adversidades, dores. O *sheikh* aponta que há um

despreparo de muitos muçulmanos em relação a esta dimensão básica da vida, que é tanto constituinte como finalidade, para a qual eles deveriam estar minimamente avisados e precavidos: se o muçulmano partir do princípio de que essa vida é efêmera, passageira, e que não se vive aqui em um “mar de rosas”; estará ciente de que “dias (de infortúnio) são alternados, entre os humanos” (3:140) e não depositará sobre esta vida expectativas incompatíveis com a realidade. Assim, muçulmanos e muçulmanas devem “convencer suas mentes e corações de que esse mundo não foi criado para dar tudo que as pessoas desejam” (Al-Balkhi, 2013, p. 32):

Por exemplo, um médico que cuida dos jogadores em campo. Aquele médico entra lá com a expectativa de receber o seu salário, não para ganhar uma medalha, né? Ele sabe que no final do jogo ele não vai ganhar medalha [*risos*]. Quem vai ganhar a medalha são os jogadores. Agora imagina se ele entra com essa expectativa, de que ao final do jogo vai ganhar uma medalha. Ele sai com muito fracasso, frustração. Ele entrou achando uma coisa e encontrou outra. Isso ajuda muito, o muçulmano já sabe. *Se as pessoas imaginam que vão passar pela vida sem enfrentar dores, sem enfrentar problemas, então elas estão sonhando. Isso não existe.*

É curioso pensar que muitas vezes se escuta pessoas, geralmente não-religiosas, perguntando-se porque Deus permitiria o sofrimento e as adversidades, provavelmente partindo do princípio de que, se Deus é realmente tão Misericordioso, não deveria permitir o sofrimento. Aqui, a ideia é muito diferente: essa vida é feita para o sofrimento, para a dificuldade, para a privação, justamente porque Deus é Misericordioso e dá aos crentes uma série de oportunidades para se aproximarem Dele.

*Essa vida foi feita como avaliação.* Estamos aqui sendo avaliados. Imagina a pessoa que está na faculdade. É óbvio que ele vai ser testado, né? Vai ser questionado, vai receber críticas, tem que passar noites estudando, escrevendo. Você está na faculdade para isso. Imagina uma faculdade que não faz isso, que dá um diploma para qualquer pessoa. Você se matricula e ganha um diploma, tanto faz se estudou ou não estudou. Quem vai confiar, quem vai aceitar isso? Isso não é justo. Então Deus faz isso conosco: você tem livre-arbítrio, você tem liberdade, você faz o que você quiser, mas você está sendo testado. Deus disse bem claro no Alcorão que Ele criou a morte e a vida para testá-los. Esse universo todo foi criado por Ele, Deus arrumou tudo para nós. Ele criou tudo que a gente precisa para esse exame, deu para nós todas as ferramentas: deu a inteligência, a capacidade de aprender, ler, comer, beber, respirar. *Quando a gente tem tudo isso na cabeça, tudo se torna normal. Então tem que passar, tem que enfrentar. Tem que ter paciência com o que não me agrada.*

Quando se fala sobre tais testes, muçulmanos usualmente aludem ao versículo que diz que “certamente que vos poremos à prova mediante o temor, a fome, a perda dos bens, das vidas e dos frutos” (Alcorão, 2:155): uma série de dificuldades que à primeira vista parecem devastadoras, desoladoras. Entretanto, a ideia que o *sheikh* traz é a de que, assim como ninguém se surpreende ao ter seus conhecimentos testados na escola ou na universidade, pois sabe que as avaliações são pré-requisitos, também o muçulmano não deveria se espantar nem se desesperar diante dos testes aos quais é submetido ao longo da vida, ainda que sejam de magnitude muito distinta.

Outro versículo frequentemente citado pelos muçulmanos relacionado a ser testado é o de que “é possível que repudieis algo que seja um bem para vós e, quiçá, gosteis de algo que vos seja prejudicial; todavia, Deus sabe todo o bem que fizerdes, Deus dele tomará consciência” (Alcorão 2:216), que indica que nossa visão como seres humanos é limitada, só Deus teria a visão do todo. Assim, se pensarmos sobre a dor e o sofrimento dentro dessa perspectiva, estes não seriam essencialmente ruins, pois poderiam vir também para o bem. O *sheikh* diz que pode ser que a dor seja “uma dádiva”, já que muitas vezes ela carrega consigo uma importante mensagem para quem a sente, atuando como um “despertador para o ser humano”: ela sinaliza que ali existe uma questão a ser olhada, enfrentada. O *sheikh* faz uma analogia com um presente: a embalagem é feia, é ruim, mas o conteúdo pode ser benéfico. Como consequência, o muçulmano que pensa dessa forma estaria munido, equipado e treinado para enfrentar as dificuldades e lidar com a dor e o sofrimento:

*A depressão hoje está aumentando muito. Eu acho que é falta dessa perspectiva. As pessoas querem ter tudo, interpretam a liberdade de uma forma errada. As pessoas querem viver tudo ao mesmo tempo. As pessoas querem prazer, né? Eu não estou culpando as meninas, as mulheres, mas a cultura, a economia, o mercado. A grande mídia direciona a vida das pessoas. O que eles passam para as pessoas nas novelas, nos filmes? Oferecem essa ilusão de viver nessa plenitude da felicidade.*

Aqui, o *sheikh* sugere que, em sua opinião, talvez o que explique o aumento dos casos de depressão entre muçulmanos-as seja esta fragilidade dos crentes em relação às dificuldades



da vida, uma inaptidão para entenderam a perspectiva islâmica sobre a dor, o sofrimento e o propósito da existência, tão enfatizada por ele nos parágrafos acima. Entretanto, ele não imputa culpa ao indivíduo, mas sim à sociedade, representadas em seu discurso pelas figuras da cultura, da economia, do mercado e da mídia. Assim como anteriormente o *sheikh* teceu uma crítica ao individualismo, agora ele traz à tona uma reflexão sobre a sociedade de consumo e sua felicidade paradoxal (Lipovetsky, 2007), na qual prevalece a busca desenfreada pelos prazeres imediatos advindos do corpo, dos sentidos e dos bens materiais, mensagem propagada e reforçada pela mídia, e que contrasta com uma série de valores muito caros ao Islã, como a modéstia e a simplicidade.

Nesses tempos de urgências, quem não é feliz ou não alcança o bem-estar é visto como alguém indo na contramão: se as conquistas só podem ser atingidas devido ao mérito e à capacidade de cada um, quando esta pessoa não se sente feliz, satisfeita ou saudável, a causa desse insucesso será sentida por ela como um fracasso pessoal, pois não ascendeu ao ideal padronizado dessa “plenitude da felicidade” da qual nos fala o *sheikh* Bukai.

E tem muçulmanos que são influenciados por essa cultura, né. O Islã não engana as pessoas. O Islã é muito realista, fala que a vida tem quatro estações: a juventude e a beleza são coisas passageiras, não são permanentes. *O muçulmano tem que estar preparado para dizer não para o seu desejo, para o seu instinto. Esses valores preservam a gente, preservam a saúde do ser humano.*

Contrariando a máxima psicanalítica, o *sheikh* aponta que o muçulmano não pode tomar seu desejo como parâmetro: deve ceder no sentido de abrir mão do seu, para acolher o do Outro. Há um versículo alcorânico que diz que não se deve desejar o encanto da vida terrena nem escutar àquele cujo coração “se entregou aos seus próprios desejos, excedendo-se em suas ações” (18:28): o religioso deve renunciar à sua condição desejante, acolhendo a Lei e a Vontade divinas, pois o movimento de abrir mão do desejo e dos instintos para acolher a ordem proposta pela religião é o que preservaria a saúde do ser humano.

De acordo com o *sheikh* Bukai, ao assumir essa conduta, a pessoa perceberá que “o que sobra para nós é a nossa fé”:

Pode todo mundo virar as costas, mas a fé ele não perde, não fica frustrado, não pensa em se matar. Ele pensa que tem que ter paciência. Olha o que o Profeta disse para nós: que quando você tem paciência, você ganha recompensa. A sua paciência é uma forma de você ganhar o paraíso e ter uma vida maravilhosa. Você não fica triste, não fica preocupado, porque sabe que tudo isso faz parte dessa vida. *Essa fé que tem no coração serve como um motor: produz coisas boas, produz esperança, produz uma vida feliz, produz contentamento.*

Sabe-se que contentamento é uma palavra-chave para a compreensão deste tópico, como visto na seção sobre Psicologia Islâmica: estar em estado de contentamento significa sentir-se satisfeito, independentemente das circunstâncias e dos eventos externos. A satisfação vem, portanto, justamente do controle feito sobre os instintos e desejos, que se deslocam do mundano em direção ao transcendente.

Rumo ao encerramento da nossa conversa, eu pergunto ao *sheikh* se muçulmanos e muçulmanas o procuram para buscar orientações ou desabafar sobre essas questões relacionadas à saúde mental. Ele diz que hoje em dia percebe que as pessoas andam tão desconfiadas que nem sequer conseguem chegar até uma “pessoa de confiança para desabafar”. Em sua percepção, as pessoas se sentem amedrontadas, pois “acham que vão falar e que a pessoa vai contar para as outras”, preocupação que Samira logo ressaltará como sendo uma constante em sua prática profissional. O *sheikh* retoma minha pesquisa para dizer que meu papel é muito benéfico, pois “faz muito bem a pessoa sentir que alguém está ouvindo, está com ela, dando apoio”. Para ele, “isso já é uma grande ajuda”, pois “quando a pessoa se abre, ela não se abre para qualquer um”, o que denota confiança. Especificamente em relação à procura por ele, o *sheikh* diz:

Tem bastante gente que me procura, mas a maior parte não vem falando de um problema psicológico. Eles me trazem o problema que talvez esteja causando isso: o casamento, o filho, brigas. Vem falar do que causa essa carga. Então eles vêm pedir ajuda, principalmente sobre família. *A maioria vem com aquela depressão que pode ser tratada pela religião, por esse caminho, pela prática, mudar um pouco a visão da vida. Não a doença mais forte, que precisa de tratamento, que precisa de remédio.*

A fala do *sheikh* Bukai me faz recordar a diferenciação feita por Al-Balkhi, sábio da Era de Ouro do Islã, entre o que seria uma depressão endógena, aqui na fala do *sheikh* indicada por

ele como a que seria a “mais forte, que precisa de tratamento, que precisa de remédio”, e a exógena, relacionada aos fatores ambientais e problemas de relacionamento, que poderia “ser tratada pela religião”. A recomendação para os últimos é ampliar sua visão islâmica, para não reagir desproporcionalmente aos incidentes, tolerar irritações e superar as frustrações geradas pelos eventos da vida. Já para os primeiros, recomenda-se que busquem ajuda profissional e, se necessário, que façam uso de medicação.

Sobre a medicação psiquiátrica, o *sheikh* explica que “o remédio é uma coisa que Deus criou para a gente”, ou seja, seu uso é permitido pela religião. Entretanto, ele destaca que “a gente toma o remédio acreditando que é Deus quem cura” e que “o remédio é apenas um meio necessário, um instrumento que vai nos ajudar quando precisamos”. A mesma visão se estende aos profissionais de saúde mental: são reconhecidos como especialistas, por possuírem conhecimentos específicos na área, mas não podem ser visto como “os que curam”, os responsáveis pela cura, mas sim como facilitadores do tratamento, do alívio e da cura que, em última instância, seria providenciada unicamente por Deus.

O *sheikh* recorda algo que já está bem explícito nesta tese, que é o destaque que o Islã dá ao conhecimento, incentivando todos os muçulmanos e muçulmanas a buscá-lo. As especialidades das diferentes profissões se justificam na medida em que “Deus não citou todas as coisas do mundo no Alcorão: Ele deu as coisas principais e deixou o resto para nós”. De acordo com o *sheikh* Bukai, isso significa que é da nossa alçada “pesquisar, estudar, descobrir as coisas” e que, ao fazer esse aprofundamento, “a sua fé vai ficar cada vez mais forte”, pois “o que você vai descobrir com certeza faz parte da criação de Deus”.

*A gente acredita que a pessoa pode ajudar com o conhecimento que ela tem. Todo conhecimento é divino. A nossa religião nos ensina a pesquisar, estudar. A gente tem confiança que nada vai contrariar nossa religiosidade porque tudo combina com tudo. O que a médica vai falar, o que a psicóloga vai falar, não vai prejudicar a fé das pessoas. Pelo contrário: vai confirmando, ajudando as pessoas.*

O *sheikh* dá um exemplo que frisa a importância dos médicos: em alguns casos, estes assumem autoridade maior do que os próprios líderes religiosos, pois seu parecer pesa mais para decisões relacionadas à saúde dos muçulmanos e muçulmanas. Curiosamente, trata-se do mesmo caso que Samira resgatará na próxima seção.

Tem uma parte da jurisprudência islâmica que deixa toda a responsabilidade em cima do médico. Por exemplo, no *Ramadan*, quem determina se uma pessoa pode ou não pode fazer jejum não é o *sheikh*, quem determina isso é o médico. Se o médico fala que a pessoa não pode fazer jejum, eu vou falar que baseado no que o médico falou você não pode fazer jejum, porque que vai fazer mal para a sua saúde.

Novamente, a divisão de papéis: o que é do médico (e aqui cabem outros profissionais *psi*, como os psicólogos), e o que é do *sheikh*.

A gente lida com pessoas para prevenir isso. *Meu trabalho é antes da pessoa ficar em uma situação grave, né. Depois quem vai avaliar isso é a médica*, ela que estudou, ela que sabe o que falta no cérebro e qual é o remédio adequado. Mas o *sheikh* pode lidar com as pessoas para prevenir, quando é algo mais espiritual.

No que tange à sua atuação sobre o tópico da saúde mental, o *sheikh* entende que sua função é precisamente a de continuar facilitando a aproximação com os profissionais e seguir divulgando esse rol de conhecimentos para a comunidade:

Eu tenho muitos planos para fortalecer essa ligação. *Acho que o sheikh falando incentiva muitas pessoas a procurar ajuda*. A pessoa sabe que pode pedir ajuda, que não é nenhuma vergonha. Não pode pensar que está louco, nada disso. Procurar psicólogo não quer dizer que você está louco, mas talvez você precise de ajuda. *Todos nós precisamos de ajuda*. Um ajuda o outro. Nós vamos continuar fazendo isso, vamos continuar divulgando o assunto para proteger, para preservar as pessoas. Por mais que a gente acredite em Deus, acredite que a religião é uma receita divina, nós nunca podemos deixar de procurar os meios. A religião não é magia, não é mágica, que você acha que vai lá e vai ser curado, que tudo vai se resolver. Não é assim.

Há aqui dois sentidos para se pensar: há de se problematizar tanto quem já faz parte da religião e acha que basta orar para ficar bem, como também quem busca a religião *para* isso, em troca disso. Apontei que parece que há um movimento crescente de se buscar o Islã quando se vive uma situação de doença ou adversidade, algo que as interlocutoras Stéfani e Débora também vão mencionar adiante. O *sheikh* indica que é ineficiente abraçar o Islã em busca de soluções imediatas, seja para saúde-cura, ou para a resolução de qualquer outra questão: como

o Islã é um caminho minucioso e longo, que se faz no dia a dia, e que exige coerência, constância e parcimônia, quem busca o Islã como uma “fórmula mágica” pode se sentir ainda mais frustrado do que quando nele entrou.

*A religião é uma coisa muito lógica, muito real. Tem gente que pensa que vai procurar a religião e ela de uma hora para a outra vai resolver todos os seus problemas. Não é assim. Precisa de muito esforço, precisa seguir o caminho correto, ser uma pessoa correta, seguir as orientações. Ter todos os cuidados necessários também faz parte, você não pode falar que confia em Deus e aí não tomar nenhum cuidado. Isso não é religiosidade. A religião não fala isso, pelo contrário: por mais que você confie em Deus, tem que fazer sua parte. Quem colocou essa lei foi Deus. Por isso que quando você segue esses cuidados de saúde você não está fazendo só uma coisa terrena, mundana: é divina também.*

Não há como não colocar em evidência a passagem em que o *sheikh* diz que a religião é real e que ilusórias são as falácias da vida terrena: um contraponto em relação à assertiva freudiana de religião como ilusão. Enquanto revisava essas linhas aqui escritas, retomei o meu caderno de campo do mestrado para reler minhas anotações daquela época. Na segunda aula que assisti do *sheikh* Bukai, em 20 de fevereiro de 2016, ele havia explicado que como somos criaturas e não criamos a nós mesmos, seria então *lógica* a afirmação de que há um Criador: “é muito lógico, o que não tem lógica é falar que Deus não existe”. Assim, no Islã a fé não é entendida como mistério, não é da ordem do inexplicável: embora exista uma dimensão que extrapola o nosso conhecimento, que está para além do que o ser humano é capaz de ver, saber e perceber, ainda assim é entendida como racional, como estando em acordo com a razão. Por isso, o *sheikh* pede encarecidamente aos muçulmanos que também usem a razão para entender que a religião sozinha não cura nem resolve problemas, mas sim sugere ao crente uma outra visão de mundo por meio de sua cosmologia: afinal, o Islã é entendido como um código de vida, uma forma de vida, uma maneira de viver. Se é entendido que Deus agraciou o ser humano com a vida, é obrigação de cada muçulmano e de cada muçulmana zelar pelo seu corpo, pela sua mente e pela sua alma: fazê-lo é também uma forma de devoção a Deus.

### **3.2 “É tudo da ordem do desejo”: diálogo com uma psiquiatra-psicanalista muçulmana**

Em uma apresentação que fiz sobre os dados preliminares da minha pesquisa ao final de 2019 no III Ciclo de Debates do GRACIAS, que teve como tema a interface entre religião, saúde e educação, o Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, que estava na plateia prestigiando o evento, comentou que Samira era uma figura “encantadora”, e que valeria a pena trazer mais sobre ela na tese.

De fato, no primeiro capítulo eu não escondo do leitor o meu próprio encantamento em relação a ela que, além de psiquiatra, é psicanalista: uma relação complexa do ponto de vista religioso. A fala de Samira na palestra que ela ministrou na mesquita estava em sintonia com tudo aquilo que eu sentia, acreditava e percebia: na ocasião, ela falou sobre os estigmas tão presentes nas comunidades, bem como sobre a importância de olhar o sujeito para além do sintoma e ser cuidadoso com a medicalização. Em meados de 2020, entrei em contato por e-mail e a convidei para uma conversa comigo. Ainda que na época estivesse atuando na linha de frente do combate à Covid-19, atribulada e exaurida, ela rapidamente me respondeu.

Para abrir nosso diálogo, explico para Samira os objetivos da minha pesquisa, os meus recortes e em que ponto eu me encontrava naquele momento. Quando aponto para Samira que o foco de minha atenção recai sobre as brasileiras que se reverteram ao Islã, ela, que é uma mulher nascida muçulmana em uma família de origem árabe, reconhece não ter tanta proximidade com os revertidos e revertidas da comunidade: diz ser mais procurada por muçulmanos que, como ela, fazem parte da comunidade árabe; e que, devido à flexibilização para exercer a telemedicina por conta da pandemia de Covid-19, também estava atendendo muçulmanos-as residentes em outros países.

É importante atentar a essa informação que ela nos apresenta porque, como veremos nos próximos capítulos, praticamente todas as interlocutoras farão menção a uma percepção de que há uma segmentação interna às comunidades islâmicas, que é a divisão entre árabes e

brasileiros: entendem brasileiros não apenas como pessoas nascidas no Brasil, de nacionalidade brasileira, mas sim brasileiros como os que não possuem vínculos com árabes, que não vêm de berço islâmico, sendo considerados como árabes todos aqueles que, mesmo nascidos no Brasil, têm suas origens árabes, pois suas famílias seguem a tradição - são categorias em disputa, que aparecerão carregadas de tensão nas narrativas das interlocutoras.

Samira não escapa a esta discussão, e aponta que consegue “ter empatia” com as mulheres revertidas que sentem tal diferença feita entre elas e as mulheres de origem árabe. De acordo com Samira, há um estranhamento por parte dos árabes quando na comunidade “chega uma pessoa diferente”: ainda que sejam muçulmanos, são entendidos como diferentes no sentido de desconhecidos, nunca antes vistos naquele determinado espaço. Nessa situação, ela diz que a primeira busca por identificação será justamente a tentativa de descobrir o sobrenome, quem é a família daquela pessoa, apostando que este será um sobrenome árabe, o que soa para os revertidos como uma falta de acolhimento.

Outro segmento junto ao qual Samira tem traquejo profissional é com refugiados, que de acordo com ela são suas experiências “mais transculturais”. Ela destaca: “até no DSM diz que tem que ser considerada a cultura em que você está inserido”. Vale dizer que o DSM, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, pode ser entendido como uma tentativa de constituir uma “linguagem comum” no campo da psicopatologia, a ser partilhada pelos profissionais de saúde mental. No entanto, tal padronização está distante de significar neutralidade teórico-metodológica: daí a importância de “contar sempre com uma perspectiva histórico-crítica sobre a produção das categorias que exprimem e definem o sofrimento mental” (Dunker, 2014, p. 80), algo que Samira faz com excelência. Ela recorda que a relação entre psicanálise e DSM, que atualmente parece conflitante, já foi estreita, quase equivalente: em sua primeira versão, havia uma visão psicodinâmica permeando o manual, fruto do processo de “psicanalização da psiquiatria” (Russo, 2017, p. 159) ocorrido fortemente nos Estados Unidos.

De acordo com Russo, o “encantamento com a psicanálise marcou o mundo ocidental no século XX” (2002, p. 8). Aos poucos, a “psicanálise penetrou nas diversas profissões de cuidado, sobretudo na psiquiatria e na psicologia”: no Brasil, foi muito bem-recebida pelo “*establishment* médico” (p. 29), intelectuais diversos, artistas e também assimilada pelo público leigo, que a incorpora e posteriormente a difunde. Entretanto, após décadas de preponderância, atualmente vive-se o “triunfo do cérebro”, uma discussão que será acionada pelo relato da interlocutora Ângela no próximo capítulo. Os preceitos psicanalíticos perdem espaço nos manuais e, conseqüentemente, também na prática psiquiátrica, cedendo lugar para as classificações fundamentadas nas ciências biológicas: “neurotransmissores substituindo os desejos recalçados”, “o Prozac ocupando o lugar do divã” (Russo, 2017, p. 158).

Este não é o caso de Samira. Por transitar muito bem entre a psicanálise e a psiquiatria, ela tem a clareza de que os fenômenos que irrompem na clínica não se limitam à doença, patologia, transtorno: podem ser indícios de “um jeito de ser, algo que já vem lá de trás”. Ela diz que nem tudo pode ser explicado pelas convenções estabelecidas pelos manuais psiquiátricos, pela biologia, pelo cérebro: a psicanálise busca ser um escape à normalização e à normatização, fazendo-nos pensar no que nos é constitutivo e que se relaciona à personalidade e aos nossos traumas.

Na perspectiva que adota para fazer a leitura dos casos de seus pacientes, Samira afirma que, antes de pensar no que está ou não em desacordo com a ordem operacional imposta pelos manuais, é preciso primeiro considerar a *via do desejo* que cada sujeito percorre.

De certa forma, o que eu tenho notado é o seguinte: inicialmente, *o que os muçulmanos me trazem de sofrimento diz respeito às questões do desejo inerentes a qualquer ser humano*. Recebo muitos casos de transtorno de ansiedade generalizada, ataques de pânico, quadros de depressão. Tem muitos casos que envolvem dificuldades de adaptação também.

Samira aponta que a religião atravessa a vida dos muçulmanos, se imiscui, mas não toma todo o espaço, não preenche todas as lacunas: a falta segue ali. Sobre isso, vale lembrar as



clássicas ideias freudianas sobre a religião ser uma ilusão, não como sinônimo de farsa, erro ou inverdade: ele próprio afirmou não ser intenção de seu estudo “tomar posição quanto ao valor de verdade das doutrinas religiosas” (Freud, 1927/2014, p. 270). A sugestão de Freud (1927/2014) é de que as ideias religiosas seriam ilusões do ponto de vista psicológico, na medida em que representariam uma tentativa de satisfação do desejo: trariam, portanto, um “enorme alívio para a psique individual” (p. 267), aparentemente poupando os crentes deste “duro destino de desejar” (Kehl, 2015, p. 289).

O sujeito de desejo proposto pela psicanálise é também sujeito do conflito, da dor, da falta (Kehl, 2015, p. 53). Como veremos adiante, mulheres muçulmanas trarão algumas adversidades, hostilidades e sofrimentos relacionados mais diretamente à sua pertença religiosa, mas que na maior parte das vezes extrapola e muito o Islã: curiosamente ou não, o leitor notará que em alguns momentos a religião mais adquire papel de coadjuvante do que de protagonista. Aqui, a psiquiatra-psicanalista nos sinaliza que isso é esperado, já que grande parte do nosso sofrimento é constitutivo: “a inveja, o ciúmes, a angústia . . . *tudo isso vem muito antes da religião*”.

Sobre essa visão psicanalítica acerca da nossa constituição, Samira acrescenta:

Se a gente for olhar pelo olhar da psicanálise, quando eu tento nomear com o paciente que conflito psíquico é esse, *a gente começa a ver no miolo disso conflitos de ordem sexual*. Tem uma grande dificuldade de conseguir falar sobre ter se tocado, por exemplo. Tem a questão da repressão, da frustração. Eu atendo também pastores, filhos de pastores, e a questão da repressão sexual é a mesma.

Como apontei no primeiro capítulo, não foi planejado o caminho que me levou da pesquisa sobre sexualidade a esta, sobre saúde mental. Para muitos, a relação entre esses dois temas nem sempre é explícita. Entretanto, pelas lentes psicanalíticas, trata-se de uma aproximação bastante contundente: sabe-se que a sexualidade ocupa “posição privilegiada na etiologia das neuroses” (Freud, 1906/2016, p. 350). Tanto que é um dos primeiros tópicos que Samira traz para nossa conversa: no cerne do conflito psíquico, usualmente se encontra o

conflito sexual, também entre muçulmanos. Embora seja uma religião que possui uma visão positiva sobre o sexo, há normas bem delimitadas ao redor do que é lícito (*halal*) e ilícito (*haram*), e que estipulam *como* fazer, *quando* fazer, *com quem* fazer. Samira dá o exemplo da masturbação, considerada como uma prática ilícita. Entretanto, ela pede que superemos a nossa ingenuidade: “as vivências são as mesmas . . . as *pessoas [muçulmanos-as] têm perversão, tem crueldade, tem tudo isso*”.

Samira está dizendo que ser religioso não isenta os-as muçulmanos-as de apresentar determinados comportamentos, transtornos, estruturas, características: também podem ser perversos, cruéis, maldosos, invejosos, ciumentos, pois seguem sendo seres humanos. Consoante Samira, o que a religião certamente pode favorecer é o aprimoramento de si: um processo constante de tomada de consciência somado às atitudes e às reflexões. Para ela, é preciso evitar generalizações e reduções: “não dá para ser um profissional [da saúde mental, do campo *psi*] e reduzir o sofrimento de alguém à religião”, assim como não é adequado rotular a religião como “causadora” de transtornos, nem como “salvadora” de alguém.

Em meio a esses pontos de (des)encontro entre sexualidade, saúde mental e religião, Samira traz seu exemplo profissional, que não deixa de ser pessoal: também sua opção pela formação em psicanálise foi alvo de controvérsias.

Se você me perguntar *como é ser muçulmana e psicanalista, não foi fácil*. Na entrevista do curso de psicanálise, a coordenadora falou: olha, eu não sei se vai chegar uma hora que você não vai mais querer seguir sua religião, se não vai entrar em conflito. Ela disse: *talvez na psicanálise você se sinta no inferno [risos]*. Ela utilizou essa palavra referente ao conflito eu ia ter. Já a minha psicanalista disse que desde que eu estivesse me dando conta de tudo isso e estivesse tudo bem para mim, beleza. *Para mim está tudo bem, a religião para mim é tranquilidade*. Se quiser usar o lenço, usa. *É tudo da ordem do meu desejo*, sem me sentir culpada por isso ou por aquilo. Mas claro, eu me mantenho na análise e na supervisão.

Há uma conhecida citação de Lacan (2003), em que ele diz que o analista “autoriza-se apenas por si mesmo” (p. 314): diferentemente da psiquiatria e da psicologia que possuem ares de “saberes oficiais”, profissões oficialmente registradas e reconhecidas, a psicanálise sempre

teve caráter “extraoficial”, como um saber exclusivo, para iniciados (Russo, 2002). Assim, ser psicanalista não se reduz à teoria e nem à prática: ser psicanalista implica se comprometer com a sua formação permanente, que não se limita à conclusão de um curso, e que deve ter como prioridade a sua análise pessoal. Por isso, apesar de destacar que a coordenadora do curso de formação em psicanálise se sentiu na obrigação de alertá-la para as dificuldades que ela poderia vir a ter, Samira dá primazia ao seu processo analítico pessoal: a sua experiência singular lhe permite trabalhar gradativamente sobre esses pontos nevrálgicos.

Quando destaca que “é tudo da ordem do meu desejo”, Samira está sublinhando que tanto suas escolhas pessoais quanto profissionais são sustentadas pelo desejo: tanto a opção pela psiquiatria e pela psicanálise, como o uso ou não do *hijab*, o véu islâmico - uma questão que ela menciona *en passant*, e acabamos não aprofundando por não ser o foco da conversa. De certa forma, penso que Samira sinaliza que se autorizou como psicanalista, assim como se autorizou como muçulmana – e mais: que talvez o próprio autorizar-se psicanalista tenha sido importante para autorizar-se muçulmana, e vice-versa.

A psicanálise certamente foi mais incisiva nessa ponderação, mas anteriormente, ao fazer a sua opção pela especialidade médica da psiquiatria, Samira já havia começado a vivenciar esse processo de (re)conciliação entre a “médica” e a “religiosa”:

Eu confesso que, como muçulmana, *quando entrei na psiquiatria eu achava que não tinha que perguntar de religião, de vida sexual. Eu tive que ser muito treinada* baseada nessas experiências, na supervisão, formação. Por que? Porque não se conversa sobre nada disso [entre as pessoas da comunidade]. É subliminar.

Mais uma vez, o “treino” necessário para tornar-se e autorizar-se como a profissional que ela é. Atualmente, a psiquiatria já avançou bastante nessas questões: “nos congressos a gente tem a sala de religiosidade e espiritualidade, e agora também é perguntado sobre religião logo na primeira consulta”.

Apesar dessa abertura, Samira percebe que ainda prevalece a resistência, o que é um descompasso não apenas do ponto de vista profissional, mas também do ponto de vista islâmico:

segundo ela, a religião visa facilitar a vida das pessoas, mas esse princípio ainda não foi devidamente apropriado pelos muçulmanos para pensar o cuidado com a saúde mental. Samira diz que quando os muçulmanos procuram sua ajuda, chegam até ela já em estado grave, com quadros que envolvem até mesmo ideação e planejamento suicida. Nessas ocasiões, em que é geralmente preciso convocar as famílias dessas pessoas para uma conversa franca, ela confessa que recebe a recusa de muitas delas: ao longo dos anos, diz ter constatado que uma das maiores dificuldades enfrentadas junto aos pacientes muçulmanos é a desconfiança que eles possuem em relação ao sigilo, tanto por quererem saber se “ela atende fulano ou ciclano”, como pelo temor que possuem de “encontrar na recepção alguém conhecido, coisas do tipo”.

A gente sabe que a taxa de incidência da depressão, por exemplo, é 25%. Cadê essa porcentagem na comunidade? *Por isso que eu falo que boa parte [dos-as muçulmanos-as] ou não busca [atendimento], ou talvez busque um não-muçulmano, um não-árabe. Talvez fiquem mais confortáveis assim.*

No trecho, ela faz referência às projeções que estimam que 20 a 25% da população global teve, tem ou ainda desenvolverá um quadro de depressão. Samira está sugerindo que os muçulmanos não fogem a esta estimativa: se não estamos conseguindo identificar essas pessoas na comunidade, isso significa que essas pessoas não estão buscando ajuda, ou a estão buscando fora da comunidade.

Geralmente encontramos na literatura que pacientes muçulmanos tendem a se sentir mais confortáveis junto à profissionais muçulmanos: acreditam que, por compartilharem a mesma fé, a compreensão estaria garantida. Todavia é preciso ser cauteloso na sugestão de que um profissional muçulmano melhor “daria conta” dos pacientes muçulmanos: Samira aponta que isso não procede, e levanta a questão de que talvez um paciente muçulmano se sinta mais à vontade com alguém de fora, por não compartilharem a mesma rede de contatos e afetos. Além disso, Samira destaca que os profissionais da comunidade são numericamente insuficientes: os com formação em Psicologia são ligeiramente mais expressivos, mas os psiquiatras e/ou psicanalistas são poucos.

Na prática, Samira sente que ainda prevalece entre muçulmanos-as um desconhecimento em relação às especificidades dos diferentes profissionais da área da saúde mental: “psicóloga, psiquiatra, psicanalista, vai tudo no mesmo bolo”. Devido aos estigmas citados, ela aponta que “ninguém quer falar que vai no psiquiatra, muito menos no psicanalista”: no capítulo 1, comentei que nos anúncios de sua palestra ela havia sido anunciada apenas como psiquiatra, não como psicanalista, um possível reflexo da incrustada ideia de que a psicanálise seria contrária às religiões, o que faz com que seja preterida pelos muçulmanos.

Apesar destes empecilhos, Samira tem a percepção de que está “abrindo um caminho” - e de fato está: é uma voz importante, que começa a ser ouvida.

O que tem sido gratificante é quando me mandam mensagens, sempre no privado, falando que estão acompanhando meu trabalho. As pessoas agradecem o conteúdo, os *posts* sobre transtornos. São educativos, né? Aí eles falam: olha, queria agradecer, tem me ajudado muito. Eu recebo esse *feedback*. É gratificante, você vai virando uma referência.

De acordo com Rosa (2016), a circulação dos psicanalistas é crucial para a escuta do sofrimento que não chega até os consultórios, clínicas, hospitais. Entretanto, apesar de muito recompensador, Samira destaca certos embates: “quando vou à mesquita, eu estou indo para rezar, aí às vezes vem alguém e invade, tem essa confusão do que é disponibilidade”. Ela já havia sinalizado esse estranhamento quando, na palestra descrita do capítulo 1, disse ser a primeira vez que estava na mesquita como *médica*, e não como *religiosa*. Vê-se que reconhecer a mesquita como um espaço de informação e de cuidado em saúde mental é algo novo e desafiador não apenas para os demais muçulmanos, mas também para os próprios profissionais.

Diante de tantas barreiras, Samira tem certeza de que o primeiro passo deve ser um investimento na “psicoeducação da sociedade”:

Pela minha experiência, os casos estão vindo cada vez mais graves porque muçulmanos ainda carecem de informação. *Acho que é preciso ainda falar: olha, depressão é isso, isso e isso. Bem do básico. É uma psicoeducação da sociedade.* Quando chega no consultório, a pessoa já está muito mal e quer melhorar muito rápido. E tem uma questão do árabe ter uma ansiedade, uma impulsividade, que é quase transgeracional. Não é à toa que a religião fala tanto da paciência [*risos*], ela precisa ser praticada.

Sentir-se informado e esclarecido acerca das variadas questões relacionadas à saúde mental e à conduta dos profissionais que atuam em campo *psi* é prioritário para que os estigmas possam ser desconstruídos, e as tensões atenuadas. Na opinião de Samira, esse processo educativo pode ajudar a amenizar o discurso que liga os transtornos à falta de fé, já tão cravado nesta e em outras comunidades religiosas: aliás, Samira destaca que muitas vezes recebe pacientes em acentuado sofrimento, que estão, justamente, no “auge da fé”.

Assim como destaca os pontos de dificuldade do cuidado em saúde mental atrelado à religião islâmica, Samira ressalta que há também facilidades: a psicoeducação ajudaria os-as muçulmanos-as a identificar melhor o caráter preventivo que a religião possui.

Eu acho que na religião, com todo o contexto que ela cria, *existe sim esse lado preventivo*, da seguinte forma: eu sigo a religião, rezo cinco vezes por dia. Você vai na mesquita uma vez por semana, tem papel social. Você se identifica com aquelas pessoas, compartilha. *Tem esse pacote completo*.

Quando Samira menciona que o Islã é um “pacote completo”, eu sou remetida à imagem da religião como “receita divina” que o *sheikh* Bukai nos forneceu. No entanto, ela salienta que ser um pacote completo não significa servir como solução para tudo e para todos, pois:

A felicidade, no sentido moderado em que é reconhecida como possível, é um problema da economia libidinal do indivíduo. Aqui não há nenhum conselho que sirva para todos; cada um precisa tentar por si mesmo a maneira particular para se tornar feliz. Os fatores mais variados atuarão para indicar os caminhos de sua escolha. Tudo irá depender de quanta satisfação real ele pode esperar do mundo exterior e até que ponto ele age para se tornar independente dele; e também, por fim, de quanta força ele acredita dispor, para modificá-lo de acordo com seus desejos (Freud, 1930/2020, p. 330).

Para Samira, reconhecer a dimensão preventiva da religião não pode ser um subterfúgio para fechar os olhos para outras questões sérias e complexas. Ela reforça a ideia expressa no trecho acima, de que não há receitas prontas: o caminho precisaria ser descoberto por cada um, também por cada muçulmano e muçulmana.

Mais adiante em relação ao trecho supracitado, Freud mencionará que “assim como o prudente comerciante evita aplicar todo o seu capital em um só lugar, talvez também a sabedoria

da vida aconselhe a não esperar toda a satisfação de uma única aspiração”, pois “o êxito nunca é garantido, depende da conjunção de muitos fatores” (Freud, 1930/2020, p. 331). Semelhantemente, na sua apresentação coletiva na mesquita em 2019, Samira havia falado bastante sobre as “coordenadas simbólicas que sustentam o sujeito” (Rosa, 2016, p. 47): pode ser que a religião seja o que está ancorando aquele muçulmano ou aquela muçulmana no mundo, mas não necessariamente e nem exclusivamente, visto que a religião não daria conta de todos os anseios. Samira traz no comentário abaixo a ideia de que todo excesso esconde uma falta: se a religião parece abarcar o todo de um muçulmano ou de uma muçulmana, isso precisa ser olhado por tais lentes do prudente comerciante do qual nos falou Freud.

*Alguns pacientes falam: olha, a religião é o que me segura. De fato, a ausência de religião é um fator de risco para o suicídio, né? Só que assim, quando esse discurso é muito forte, tem que ter cuidado para a fé não se tornar justificativa para a ausência de um tratamento. A religião fala para as pessoas buscarem o seu melhor a cada dia. Não é pecado buscar ajuda médica, medicação, nada disso. Por isso que eu falo que é importante olhar de que forma essa pessoa se apega a essa fé, o que essa rigidez em relação à religião está escondendo. Às vezes a pessoa nem está percebendo porque está no plano do inconsciente, então é mais complicado. Então assim, que bom que a pessoa é religiosa, mas assim, tem que ver o adoecimento dela por trás desse excesso também. A religião quer o equilíbrio.*

Assim como o *sheikh* Bukai apontou que os excessos, mesmo os religiosos, são nocivos aos muçulmanos, Samira dá um exemplo de como esse prejuízo se apresenta também em sua prática profissional:

Tem muitos pacientes intempestivos, que acham que na primeira consulta tudo vai se resolver. Tem muitos mitos. Já atendi pacientes que no *Ramadan* queriam parar com a medicação. Aí eu tinha que falar: olha, mas a religião permite! Quem não está saudável, que interrompa o jejum. Veja, não é da religião, é uma questão da pessoa, de como ela lida com isso. Já aconteceu de eu fazer a recomendação de que o paciente precisa dormir oito horas por noite, aí ele fala que tem que acordar cinco da manhã para fazer a primeira reza. *Às vezes preciso entrar e falar que o que Deus quer é que você esteja bem, saudável. Deus perdoa tudo. Às vezes é preciso falar isso para alcançar aquela pessoa.*

Samira define a sua religião como tranquilidade, precisamente como um desacelerar, uma brandura: para ela, a religião é válida quando traz serenidade, não exasperação. No trecho acima, ela aponta seu trânsito de papéis, de funções, e também de linguagens, sendo

frequentemente preciso flexionar sua linguagem médica e psicanalítica para variantes populares, culturais, religiosas, entre outras: para “alcançar a pessoa” é preciso primeiro compreender os seus referenciais.

Tanto o *sheikh* Bukai quanto Samira evidenciaram duas perspectivas possíveis para o cuidado em saúde mental nas comunidades islâmicas brasileiras: apesar de distintas, levam ao mesmo objetivo e em vários pontos se atravessam, se confluem. Tanto o *sheikh* quanto a psiquiatra-psicanalista defendem não apenas a importância de suas especialidades, o conhecimento teológico de um e o conhecimento *psi* do outro, mas buscam colocar seus saberes em diálogo: por meio dessa tentativa de integração, reforçam cada vez mais a ideia de ser humano integrado, holístico, assim fornecendo recursos inestimáveis para a comunidade.

É claro que nessa relação há também pontos de tensão, mas entre o desejo que Samira enfatiza e a Lei que a religião representa, há mais espaço para a colaboração e negociação do que para incompatibilidades indissolúveis: guardadas as devidas diferenças, ambos priorizam a saúde, o equilíbrio e, em última instância, a satisfação e o contentamento.

Retoma-se o título dado a este capítulo, que é “*A mesquita e o divã: perspectivas de cuidado direcionadas às comunidades islâmicas*”. A mesquita representa o discurso e as práticas religiosas e o divã simboliza não só a psicanálise, mas o campo *psi* como um todo. Um não exclui o outro: a mesquita e o divã são perspectivas legítimas, válidas, de cuidado em saúde mental direcionadas às comunidades; são possibilidades de cuidado que podem fazer parte dos itinerários terapêuticos de muçulmanos-as. Nos próximos capítulos, veremos como as mulheres muçulmanas brasileiras acionam esses recursos e trafegam por esses caminhos tão interseccionados.



# PARTE III: CORAÇÃO

"Em cada coração há uma  
janela para outros corações.  
Eles não estão separados,  
como dois corpos.  
Mas, assim como duas lâmpadas  
que não estão juntas,  
Sua luz se une num só feixe."  
– Jalâl al-Din Rûmî.



A trajetória de um graduando em psicologia, bem como seu início de carreira, costuma ser permeada por diversos desafios. Lembro-me como eu e meus colegas da 45ª turma da graduação em psicologia da USP de Ribeirão Preto esperávamos com furor para que chegasse o 4º ano, período em que iniciariamos os nossos estágios: um marco na formação de qualquer psicólogo. Os que vislumbravam sua iniciação na área clínica, como eu, olhavam as escadas do CPA (Centro de Psicologia Aplicada), clínica-escola do nosso *campus*, imaginando como seria quando ali estivéssemos. Com o entusiasmo, porém, vinham as mais diversas angústias sobre se seríamos capazes de bem acolher as demandas dos nossos pacientes/clientes, que geralmente aguardavam um tempo considerável em uma longa fila de espera até que chegasse o momento de estarem ali.

Aos que não conhecem os detalhes da formação universitária nesse curso, desde que entramos ouvimos falar do famoso “tripé” da formação de um psicólogo, a saber: os estudos teóricos, a psicoterapia pessoal e a supervisão. Quando iniciamos os atendimentos como estagiários, somos desde o início supervisionados por um profissional experiente. Entretanto, engana-se quem pensa que anos depois, com o diploma em mãos, estamos necessariamente prontos para *clinar*: é recomendável que o recém-formado siga em supervisão com frequência, para que possa compartilhar suas experiências e discutir seus casos. Foi o que segui fazendo ao terminar a graduação: ao iniciar os meus atendimentos em consultório particular, dei continuidade à supervisão com uma psicóloga que eu muito admirava e que trabalhava há muitos anos com a abordagem junguiana, perspectiva teórica na qual eu já me especializava na época, e continuei meu próprio processo terapêutico com a profissional que há anos eu semanalmente frequentava.

Por que abro esta seção da tese com informações sobre o processo formativo de um psicólogo clínico, usando-me como exemplo? Porque, embora não fosse a intenção original, os diálogos com as interlocutoras me fizeram retornar a esta etapa de minha jornada profissional.

Surpreendentemente, as interlocuções adquiriram para nós um tom de primeira “sessão de terapia”: soam como se fossem um primeiro encontro, um primeiro desabafo, uma primeira queixa de uma paciente/cliente à psicóloga. Quando se frequenta um profissional pela primeira vez, o paciente usualmente se ocupa em fazer uma apresentação geral, recortando o que lhe parece mais relevante e urgente sobre si, dentro de suas próprias chaves de compreensão. Assim como não é possível conhecer a história completa de alguém em um único encontro, ou desvendar um caso em uma única sessão, também aqui não foi possível obter todas as informações em uma só conversa: seriam necessárias outras oportunidades de interação.

São, de fato, as mulheres muçulmanas brasileiras as verdadeiras protagonistas desta pesquisa, até mesmo em sentido literal: recorda Dunker (2021) que, etimologicamente, de sua raiz grega, protagonista é aquele que carrega o conflito (*agon*) dentro de si (*proto*). Por isso, os capítulos a seguir são primordialmente compostos por blocos de fala das interlocutoras, transcritos na íntegra - essa é a porção substancial a qual o leitor deve se atentar.

Ainda que ciente de que nem sempre consegui cumprir o propósito desafiador de romper a “hierarquia usual entre as palavras dos informantes e as explicações do especialista” (Abu-Lughod, 2020, p 68), devo dizer que foi o que tentei executar ao longo das próximas páginas. Compartilho da posição de Ingold (2019) de que “nós pesquisadores, muito mais do que aptos para ensinar, precisamos ser ensinados: nossos interlocutores são mais nossos professores do que informantes” (p. 12). Isto posto, mais do que estudar as mulheres muçulmanas ou a saúde mental, penso que estudei *com* elas *sobre* a saúde mental, uma posição que acredito ter feito diferença na forma como me relaciono com o conhecimento, com a escrita do texto e, evidentemente, com as interlocutoras.

Assim sendo, uma forma honesta que encontrei para balancear nossas vozes ao longo da tese foi a de entremear os meus pensamentos com as narrativas das mulheres, não de forma autoritária como se coubesse a mim a tarefa de explicitar possíveis significados ocultos,

interpretar o material que elas estão me fornecendo ou como se houvesse necessidade de explicar ao leitor o que as mulheres estão dizendo. Mas, se é uma *construção* que estamos fazendo, eu com as mulheres, eu com o campo, eu com o leitor, então penso que devo sinalizar de quais formas eu recebi as narrativas, o que elas suscitaram em mim; a que conteúdos, também teóricos, as falas delas foram me remetendo, quais bagagens do meu repertório foram acionadas. Supondo que esse espaço representa o nosso *setting*, vou sinalizando no decorrer do material também essas minhas alusões, impressões, lembranças e livre associações.

As interlocutoras evocam uma série de tópicos já levantados nos capítulos anteriores, por isso permitem ver as teorias na prática: o textual em ação. Assim, suas falas vêm para somar algo às nossas teorias, sejam elas antropológicas ou psicológicas, e não para serem encaixadas a todo custo nelas. Compartilho tais bastidores porque tal tarefa exige esforço: ainda que se busque um fazer que seja o mais horizontalizado possível, pesquisadores usualmente se sentem mais seguros quando se refugiam em suas teorias, e desestabilizados quando tentam, ao menos um pouco, despirem-se delas. Por diversas vezes, tive receio de que “apenas histórias” (Abu-Lughod, 2020, p. 39) não fossem suficientes para compor um trabalho de magnitude acadêmica, o que em realidade é um disparate: afinal, todo-a psicólogo-a sabe da importância que a contação, que a narração, tem em nossas vidas.

Mesmo dentro de nossos referenciais psicológicos hegemônicos ocidentais, sabemos que muito mais significativo do que a lógica do que é contado, ou a veracidade dos fatos, é a trama de sentidos, registros e inscrições psíquicas. Também nas culturas árabe-islâmicas a contação é central, é salvífica: contar histórias é uma forma de sobreviver, já nos evidenciava Sherazade em suas mil e uma noites de contos. Quando alguém conta algo, o que é contado já foi, de certa forma, *transformado*. Contar faz parte do processo de elaboração: a fala é, por si só, terapêutica; a expressão em palavras já é suficiente para, em certa medida, transfigurar e ressignificar a experiência. Além disso, tudo o que é narrado guarda um sentido; por isso, meu

interesse recai sobre o *todo* da contação: o *quê* e *como* a pessoa conta, reconta, reconstrói os acontecimentos e os elabora - tudo isso também importa. Assumo que o que foi narrado pelas mulheres é apenas a ponta de um *iceberg*, mas é a porção a qual podemos ter acesso neste momento; são os fios possíveis de destrinchar.

Como evidenciado, o campo é amplo e permite muitas definições, bem como múltiplos caminhos possíveis de trabalho e de entendimento. Apesar das crenças e práticas unificadas, o Islã é uma religião multifacetada e os-as muçulmanos-as são diversos-as: nunca se pode perder de vista que a religiosidade é subjetiva, sendo sentida, interpretada e manifestada de formas variadas. Semelhantemente, também o sofrimento psíquico tem muitas camadas construídas pelas experiências vividas e pelos discursos, o que abre margem para um vasto leque de idiossincrasias. Afinal, mulheres muçulmanas não são “seres culturais genéricos que fazem isso ou aquilo e que acreditam nisso ou naquilo” (Abu-Lughod, 2020, p. 47), mas sim mulheres que, como outras, “sofrem e contestam interpretações sobre o que está acontecendo - resumindo, *vivem suas vidas*” (p. 51).

A seguir, serão apresentados e discutidos os diálogos estabelecidos com as nove interlocutoras da pesquisa. Devido à extensão e à densidade das narrativas, estas foram organizadas ao redor de três eixos compreensivos: (a) a visão biomédica: sintomatologia, diagnósticos e intervenções; (b) a espiritualidade e a religiosidade como fontes de cuidado; (c) a dimensão sociopolítica do sofrimento. Cada um deles será desenvolvido em um capítulo distinto (capítulos 4, 5 e 6, respectivamente) - na prática, as interlocutoras transitam por estes estratos reflexivos, mas para fins didáticos e para garantir a fluidez do texto, tomou-se como base as tendências e os realces percebidos em seus relatos.

Dentro de cada eixo, por sua vez, foi feita a opção de abordar individualmente as histórias das interlocutoras. Por respeito a elas e aos ideais que norteiam este trabalho, julgo que cada uma merece ser honrada com um espaço só seu, singular: este “artesanato textual”

(Perin, 2021) está em consonância com o propósito de dar destaque aos seus sentimentos e suas percepções, mas sem perder de vista as interconexões de cada uma delas com o todo. Entende-se que uma pesquisa centrada nas particularidades sensíveis das “histórias sobre indivíduos específicos” auxilia-nos também a chamar atenção para a diversidade do grupo em questão, os muçulmanos. A reconstrução das narrativas individuais não exclui a possibilidade de situá-las dentro de tramas mais amplas: consideram-se as individualidades sem nunca perder de vista que os sujeitos estão articulados e são construídos pelas relações sociais estabelecidas com a comunidade.

Cada interlocutora nos desperta para aspectos distintos da saúde mental, conduzindo-nos por um passeio gradativo: vamos do *bio* ao *psico* e ao *social*, com a mediação do *religioso-espiritual-cultural* - é assim que elas dão vida ao tema da saúde mental no Islã. Espera-se demonstrar que esses aspectos se complementam e, juntos, compõem um todo: “como os fios de uma corda, vidas se entrelaçam e se sobrepõem” (Ingold, 2019, p. 7) – eis o que temos aqui.

#### 4. “*Pra mim foi Deus e a quetiapina*”: diagnóstico e medicalização do sofrimento

Brasil: “um país que adocece mentalmente e acumula uma multidão de deprimidos e ansiosos” – é o que noticia o jornal *Folha de São Paulo* em 17 de julho de 2022, na matéria que inaugura a necessária série de reportagens “*Brasil no divã*”<sup>49</sup>. O periódico recorda que depressão e transtornos de ansiedade têm índices alarmantes na sociedade brasileira: dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) apontam que 5,8% dos habitantes do país (aproximadamente 12 milhões de pessoas) sofrem com a depressão, o índice mais alto da América Latina; os transtornos de ansiedade atingem 9,3% da população (cerca de 19,4 milhões de brasileiros), o que coloca o Brasil como o país mais ansioso do mundo – como veremos neste capítulo, muçulmanos-as também se incluem nessas cifras.

Como resposta a essas posições no *ranking* da saúde mental global, tem-se no país a adesão a uma onda medicalizante, que muitas vezes reduz os sujeitos a seus sintomas e diagnósticos, supervalorizando-os em detrimento da pessoa em sofrimento. Ainda que a nomenclatura tenha sido repensada ao longo do tempo (de doença para transtorno e/ou saúde mental), persiste a noção de que, tais quais os acometimentos do corpo, os da mente também precisariam ser pautados em marcadores biológicos que serviriam como régua para o funcionamento “normal” da subjetividade. Essa racionalidade diagnóstica define certos tipos clínicos para fins operacionais e, entre as nomeações do mal-estar, a depressão desponta como paradigma do sofrimento: o “padrão ouro” da nossa forma de sofrer (Dunker, 2021).

Pode ser surpreendente para alguns que tais conceituações convencionais alinhadas ao modelo biomédico tenham recebido destaque nas narrativas de muitas das interlocutoras muçulmanas – mas não nos espanta a partir do momento em que entendemos que tais dados são

---

<sup>49</sup>Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/07/brasil-vive-2a-pandemia-na-saude-mental-com-multidao-de-deprimidos-e-ansiosos.shtml>. Acesso em: 17 jul. 2022.

coerentes com o processo corrente de homogeneização da saúde mental a partir de um discurso dominante. Como argumenta Watters (2010), por ser o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) “um guia de campo para a psique mundial” (p. 107), e o discurso ligado a ele um que alarga cada vez mais a universalidade dos transtornos, como “comuns a toda a humanidade”, é cada vez maior a probabilidade de pessoas de diferentes culturas citarem “desequilíbrio químico”, “doença no cérebro” ou “fatores genéticos/herdados” (p. 109) como explicações satisfatórias apoiadas no discurso científico, revestidas pelas películas da precisão e do rigor técnico. No entanto, como provoca Dunker (2021) na sua “biografia da depressão”, o discurso dominante da “falta de ingrediente químico no cérebro” (p. 47) como única ou melhor explicação das causas da depressão e de outros transtornos é uma imagem empobrecida e reducionista de algo mais complexo. Se tomássemos a liberdade de reformular uma clássica afirmação freudiana na forma de um inquérito, seria possível (nos) perguntar: estamos tratando ou, na verdade, criando transtornos? Criamos as doenças que afirmamos curar, como diz uma de suas máximas.

Apesar de sua pretensa universalidade, atentou-se anteriormente ao fato de que a psicologia clínica está preponderantemente apoiada em critérios, concepções e modelos advindos de amostras ocidentais, culturas nas quais a individualidade, a autonomia e a independência são de maior estirpe. Embora o Islã seja uma religião social, de forte caráter comunitário, não ignoramos que muçulmanos-as brasileiros-as residem em um país no qual são minoria, e onde foram socializados dentro de outros enquadres, muito menos coletivistas do que em países de maioria muçulmana. Assim, seja para endossar ou para criticar tal discurso autocentrado, o leitor perceberá que as interlocutoras alocadas neste capítulo fazem algum tipo de alusão a esta visão que coloca sobre o indivíduo a responsabilidade total pela busca e manutenção do seu bem-estar e pelo manejo e tratamento dos transtornos com os quais foram diagnosticados. É usual que todo o ônus seja colocado sobre a pessoa em sofrimento, já que, de



acordo com tal paradigma, é o indivíduo quem deve adotar medidas preventivas, buscar informações, modificar seu estilo de vida e procurar ajuda profissional quando não se sente bem: localiza-se o “problema” no sujeito, é ele quem deve ser diagnosticado e tratado.

Como trabalhado no capítulo 1, também dentro das comunidades islâmicas há vestígios desta construção medicalizante da saúde mental e da patologização do sofrimento. As interlocutoras que fazem a composição deste capítulo são as que em seus relatos demonstram um sofrimento psíquico acentuado, persistente ao longo da vida, que aqui se converte em relatos dolorosos. Provavelmente o leitor terá a impressão de que se trata de um capítulo mais clínico, no sentido estrito do termo: são interlocutoras que nos convocam a percorrer distintos estágios do processo de reconhecimento de sintomas e do manejo de transtornos. É, portanto, um capítulo mais focado nas reflexões das participantes sobre suas perspectivas e experiências no que diz respeito à busca por diagnósticos formais e intervenções psicológicas e/ou psiquiátricas sobre a saúde mental, bem como suas implicações para o cuidado de pacientes muçulmanas.

Selma, Laura, Ângela e Paula versam sobre sintomas, causas e tratamentos de transtornos, como o bipolar, o do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), e o depressivo. Serão destacadas causas genéticas e fisiológicas: a saúde mental precária é frequentemente atribuída a um organismo disfuncional. Em decorrência, também a saída encontrada é, na maior parte das vezes, fazer a regulação desse *sistema-máquina* – usualmente por meio de uso de um medicamento necessário para repor as substâncias cerebrais faltantes, prescrito por um especialista.

Por um lado, essa ênfase sobre o orgânico-corporal faz com que o-a muçulmano-a esteja mais alerta ao que se passa consigo: saber fazer a identificação de sintomas é entendido como fundamental, pois o desconhecimento estrutural em matéria de saúde mental seria o principal motivo pelo qual pacientes não procuram ajuda para condições que são plenamente “tratáveis” – apontam, pois, para a importância de que se sintam informadas e esclarecidas para então

detectar a necessidade de tratamento. Por outro, as interlocutoras também mencionam que, quando exacerbada, esta construção individualizante se polariza em sua face negativa, servindo a discursos enrijecidos e culpabilizantes, como aqueles que atribuem a depressão e outros transtornos à falta de fé, à fraqueza e a uma suposta pouca força de vontade daquele-a muçulmano-a que sofre.

#### **4.1 *Ser mulher, ser muçulmana, ser bipolar: modelo biomédico, estigmas e atravessamentos***

Abro esta seção de narrativas fazendo jus à interlocutora que fortemente me inspirou a investir neste tema de tese. Em 2016, quando eu ainda engatinhava na descoberta do Islã como campo de pesquisa e me aprofundava nas questões de sexualidade para escrever minha dissertação de mestrado, foi Ângela a primeira mulher com quem dialoguei.

Naquela oportunidade, ao me contar sua história com o Islã, Ângela destacou um fato muito importante de sua trajetória: o diagnóstico de transtorno bipolar, ocorrido no início dos anos 2000, antes mesmo de sua reversão ao Islã. Entretanto, o registro que seguiu operando em minha memória foi uma relação entre os fatos, ainda que indireta: por ter sido diagnosticada e, devido a uma série de crises, ter recebido a recomendação médica de diminuir sua carga de trabalho, Ângela começa a pensar outros rumos para a sua vida profissional, incluindo um interesse pela área acadêmica. Decidida a ingressar na pós-graduação, começa a pesquisar determinados temas nas redes sociais. Por essa via, chega a conhecer pessoas de diversos lugares do mundo, inclusive de países de maioria muçulmana. Desenvolve uma forte amizade por aquele que viria a ser seu primeiro marido e, em visita ao Egito, ela, que sempre teve uma veia religiosa muito pulsante, reverte-se ao Islã<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup>Para mais informações sobre a reversão de Ângela e seus relatos sobre a sexualidade, ver Paiva (2018).

Quando em 2016 me contou sobre o transtorno bipolar, Ângela observou que não sabia se queria que esse fato entrasse na minha dissertação, ou mesmo se seria adequado. De fato, apesar de ser psicóloga e de, naquele ponto temporal, já ter adquirido experiência clínica, eu ainda não me sentia madura para pensar essa questão com a profundidade que ela demandava, sobretudo quando entrelaçada com o Islã. Como comentei nas primeiras páginas dessa tese, outras interlocutoras foram apontando questões relevantes relativas à saúde mental ao longo daquele processo de pesquisa, mas, como informalmente digo em minhas conversas com Ângela, foi ela quem me mobilizou a pensar sobre o assunto. Já ciente de que eu havia ingressado no doutorado, respondeu ao meu convite da seguinte forma: “se for para participar da tua tese, será uma honra”. Assim, anos depois daquele primeiro contato, conectamo-nos em uma nova longa chamada por *Skype*.

Não apenas eu sou movida pelas memórias em nosso contato: é por meio delas que Ângela abre nossa conversa, mas, no caso, resgatando as suas memórias de infância.

Vou começar focando nas minhas *memórias* e canalizando nesse sentido da saúde mental. Meu pai era piloto da marinha e foi aposentado aos trinta anos por invalidez. Quem embarcava ficava às vezes meses em alto mar, não tinha regulamentação como hoje. Em uma dessas extensas viagens que ele fez até outro continente, minha mãe conta, só sei por conta da minha mãe, que ele teve uma *crise* embarcado e foi hospitalizado na Ilha da Madeira ou dos Açores, uma dessas ilhas que pertencem a Portugal. Ficou um mês hospitalizado lá, e depois voltou para cá de avião.

A crise da qual fala Ângela se refere à esquizofrenia, transtorno crônico grave, com o qual o pai viria a ser diagnosticado nesse retorno ao Brasil - por sinal, *crise* será uma palavra-chave em suas descrições e entendimentos sobre a saúde mental.

Uma recordação que eu tenho dele é de quando eu tinha uns sete ou oito anos de idade, ele vindo da rua trazendo uma caixa imensa, umas panelinhas de brinquedo de plástico, e também brinquedos para mim e para o meu irmão. São as pouquíssimas memórias de um *pai normal* que eu tenho, porque o restante é muito, muito, muito triste. Os anos foram passando e eu via assim: era como se ele fosse uma casca do que seria meu pai, porque por dentro aquela pessoa foi se perdendo cada vez mais no seu mundo.

Ângela traz os relatos do pai não apenas para evidenciar que os *transtornos* sempre fizeram parte do seu entorno, nem só para fazer uma relação com a sua hereditariedade, mas

para mostrar que também ela, que hoje se encontra na faixa dos cinquenta anos de idade, desde muito jovem se identificava com algumas dessas experiências vividas pelo seu pai:

Uma vez ele [pai] estava conversando com um senhor amigo dele e papai estava descrevendo os sentimentos que ele tinha. Eu ouvi e pensei: *eu sinto isso*, quando ele estava se referindo à *angústia*. Eu disse: eu sinto isso! Ele olhou para mim e disse: cala a tua boca que criança da sua idade não sabe o que é isso. Mas eu fiquei com isso: eu sei sim, eu sei o que é isso.

Dando um salto no tempo e estabelecendo por meio dessa dimensão temporal uma certa relação de causalidade, Ângela nos informa que “em 2001 o papai morreu e em 2003 eu fui diagnosticada com transtorno bipolar”. Embora a esquizofrenia fosse uma velha conhecida, o transtorno bipolar é recebido pela interlocutora com uma carga de estranhamento: conta que “não sabia da existência da bipolaridade”, pois para ela “bipolar era o mundo da Guerra Fria, *dividido* entre capitalista e comunista, Norte e Sul . . . para mim, bipolaridade era isso”.

Curioso notar o uso da palavra *dividido*, termo excessivamente presente quando falamos em esquizofrenia: a própria palavra advém dos termos gregos equivalentes à mente (*phrenos*) cindida (*schizo*), o que nos dá a ideia de indivíduo dividido, da fragmentação do eu. No caso de Ângela, seu sofrimento será marcado não pela divisão, mas pela *alternância*:

Eu *ciclava* várias vezes ao longo do dia, literalmente de uma hora pra outra. Eu estava dando aula, aquele show, eu cantava, dançava, os meninos ficavam me olhando com olhos brilhando, mas eles não sabiam que *aquilo ali* era por conta da mania, o custo que aquilo tinha. De repente, no intervalo, em um espaço de menos de uma hora, *vinha uma tristeza*, uma coisa tão forte. Eu descia vários lances de escada e ia para o banheiro, e *chorava, chorava, chorava*. Eu me ajoelhava no chão, *fazia uma oração para que Deus me ajudasse a sair daquele problema*, e voltava para a sala de aula.

Sabe-se que o transtorno bipolar tem como principal característica tal alternância entre dois estados de humor: a mania e a depressão. Ângela diz que, apesar de bipolar, tem mais *tendência* para os episódios depressivos do que para os maníacos e que, embora os ciclos se alternassem e repetissem várias vezes por dia, como ela relata no trecho acima, também houve períodos mais prolongados em que um era mais predominante do que o outro:

Em 2004, que foi o ano da *grande crise*, eu dormia no máximo quatro horas por noite. Eu estava em um estado de empolgação, entusiasmo e excitação que, na realidade, era

mania e eu não sabia. Aí, no início de 2005, eu *pirei na batatinha* mesmo. Entrei em uma *grande queda, uma grande depressão*. E, quando eu entrei nessa depressão profunda, *profundíssima*, foi quando a médica disse que eu tinha que dar uma parada, senão eu ia *pifar* de vez.

Além de tentar dar conta da intensidade da experiência vivida (a *crise é grande, é grande a queda*; a *depressão* não é apenas profunda, é *profundíssima*), aparece aqui um traço importante que vai nortear a explicação que a interlocutora irá atribuir desse ponto em diante ao seu transtorno e, de forma mais ampla, à sua saúde mental: trata-se de um entendimento bastante pautado no modelo biomédico, em um sujeito cerebral e em uma visão funcionalista do corpo e da mente.

Como desde o início lhe foi explicado, Ângela diz compreender que “*meu cérebro não produzia serotonina*”, sendo o transtorno bipolar, portanto, “um *problema físico*”, que é “*tratável, mas não curável*”. Desde meados do século XX, está em ascensão a noção de ser humano como um “sujeito cerebral”, visto que o cérebro passa a ser órgão privilegiado da nossa constituição, uma concepção que advém não apenas das ciências duras, mas também da filosofia. Sob esse ponto de vista, o cérebro passa a ser o “órgão indispensável à existência do eu”, tanto pela alusão de que ele comanda o corpo físico, do qual é o “motor” e grande “comandante”, mas mais ainda como responsável por nossa identidade pessoal, sendo dela um guardião. Assim, o “sujeito cerebral impõe-se como figura antropológica” e é marcado pelo “predomínio da ‘*cerebralidade*’ como propriedade definidora do ser humano” (Vidal, 2011, p. 171).

Ehrenberg (2009) fornece um panorama sobre essa centralidade do cérebro também para o entendimento da saúde mental. De acordo com ele, as disciplinas que hoje se concentram no rol do que chamamos de “neurociências” se interessavam primeiramente pelas doenças neurológicas, como Alzheimer e Parkinson, pois já existia uma tradição de pesquisa sobre a biologia das “patologias mentais”. Entretanto, a partir dos anos 1980 inicia-se um processo de fusão entre elas, o que é problemático por permitir a suposição de que “poderíamos, ao final,

tratar as patologias psiquiátricas como problemas neurológicos” (p. 189) e as neurociências como “o aporte científico, tecnológico e médico que permite responder à fabulosa demanda de saúde mental” (p. 188).

De certa maneira, é o que tem acontecido: com o avanço das tecnologias de pesquisa e das condições de experimentação em laboratórios, tudo passa a ser explicado pelo cérebro e seus circuitos, desde o amor até a crença em Deus<sup>51</sup>. Não à toa, presencia-se nas últimas décadas uma profusão das disciplinas “neuro”, como neuropsicologia, neuropedagogia, neurolinguística, entre outras: um *neurohype* (Lilienfeld, Aslinger, Marshall & Satel, 2018). Vidal (2011) aponta o poder legitimador que o prefixo “neuro” adiciona a qualquer disciplina (p. 172): imediatamente dá a elas uma conotação de que seriam *mais científicas* e, portanto, mais confiáveis e convincentes.

Ângela estabelece uma relação direta entre neurotransmissores e saúde mental. Como esclarece Azize (2008), por ser tão acionada para explicar a depressão e a ansiedade, essa “*linguagem da serotonina*” acabou extrapolando sua conotação científica, sendo integrada ao vocabulário leigo e, não raramente, fazendo parte do senso comum. Tal sujeito cerebral que fala a linguagem da serotonina parece ter vindo como alternativa ao sujeito psicológico que popularizou a linguagem psicanalítica décadas atrás: como mencionado no capítulo anterior na seção sobre a psiquiatra e psicanalista Samira, o Brasil foi um país que recebeu fortemente a influência da teoria e da prática psicanalítica, permitindo que “os indivíduos se descrevessem como habitados por um espaço interior e psicológico”, assim se aproximando da terminologia das “neuroses, desejos inconscientes, trauma, e repressão” (Ortega, 2009, p. 248).

---

<sup>51</sup>Sobre isso, basta uma breve busca para encontrarmos chamadas como a de que “*cientistas identificam áreas do cérebro ligadas à fé religiosa*” (G1) e de que “*Deus é coisa da sua cabeça*” (Superinteressante). Também nos veículos acadêmicos, não é de todo incomum experimentos que fazem uso de eletrodos e outros dispositivos para fazer correlações entre fé e cérebro, ou ainda seus componentes específicos, como mapear as reações cerebrais enquanto uma pessoa ora ou escuta a recitação do Alcorão.

Nas últimas décadas, essa “cultura psicológica fortemente influenciada pela psicanálise” colide com o recrudescimento da concepção que localiza as doenças no corpo e os transtornos no cérebro, visto que o último seria “lugar da mente, da consciência, da memória, das doenças do mundo *psi*” (Azize, 2008, p. 7). Rose (2003) alude a esse processo por meio do conceito de “self neuroquímico”, ou seja, a própria noção de pessoa passa a ser constituída em cima de sua composição neuroquímica: se a grande questão é colocada ao redor do desequilíbrio químico de nosso cérebro, a resposta vem por meio de intervenções farmacológicas para que essa química cerebral se reestabeleça.

Em busca desse reestabelecimento, Ângela relata que inicialmente houve muita dificuldade para acertar a medicação: foi “rata de laboratório” e experimentou muitos medicamentos diferentes, pois “não podia tomar lítio devido à pressão alta”. Até que em 2008 sua médica psiquiatra prescreve a quetiapina e então Ângela diz que ela, *a substância quetiapina*, “mudou a sua vida”. Desde então, ela toma o medicamento todas as noites, e ressalta os seus benefícios por meio de uma frase emblemática: “*pra mim foi Deus e a quetiapina*”.

Trata-se, portanto, de duas “salvações”: Deus e a medicação. Sobre Deus falaremos adiante, mas não deixa de chamar a atenção que o medicamento esteja quase que em posição de igualdade com Ele, tamanha a sua importância na vida da interlocutora: “eu só sei que a substância quetiapina me ajuda a ter *uma vida produtiva, uma vida boa, uma vida estável . . . eu nunca estive tão bem na minha vida*”. Em trecho transcrito anteriormente, Ângela faz referência ao termo *pifar*: uma alusão imediata ao que é da ordem da máquina, quando esta não funciona bem. Com o medicamento, retoma-se a capacidade de produzir:

Quem tem problema de saúde mental tem um problema que não tem cura. Quer dizer, *não tem cura ainda, né?* Mas é administrável. E *a medicação, junto com a religião*, ajuda a pessoa a reestabelecer seu equilíbrio e ter uma vida que eu chamo de *produtiva*: uma vida feliz e de realizações.

Vimos que muçulmanos-as acreditam, tal qual foi dito pelo Profeta Muhammad, que para toda doença existe uma cura. Isso aparece no relato de Ângela: se tal solução ainda não foi

descoberta, não significa que não existe, pelo contrário – o dito profético dá ao muçulmano a certeza de que um dia isto irá acontecer. Por isso, a interlocutora faz o adendo sobre o fato de que o transtorno bipolar *ainda* não tem cura: pode vir a ter, com a anuência divina e o alcance da ciência.

Eu estou partindo da *análise do meu problema de saúde mental do ponto de vista psiquiátrico*. A psicologia talvez veja de outra forma porque trabalha mais a questão das emoções e tudo mais. Acho que a psicologia trabalha com algo menos tangível, menos mensurável, já a psiquiatria com estudos químicos, aquela coisa toda.

Ângela é explícita: assume a explicação psiquiátrica para o seu “problema”. Aqui, Ângela propõe que a psiquiatria seria do âmbito do concreto, pois cuida do cérebro; já a psicologia, por trabalhar com as emoções, é relegada ao plano do abstrato.

Fui umas três ou quatro vezes em psicólogos. Sinceramente? Vou ser sincera contigo. Até agora, nesse presente momento, *eu acho que não preciso dos serviços de um psicólogo*. Por que? Porque eu consigo fazer esse trabalho comigo mesma, que eu já faço há muito tempo. *Eu não tô perdida, não tô com dilemas*. Eu posso estar errada do ponto de vista científico, psicológico, mas eu tenho uma visão muito clara de quem eu sou, do que eu estou fazendo aqui, do que eu quero. Claro que tenho meus arrependimentos, o que não deu para fazer, mas paciência, vai adiante. Na vida a gente vai caindo e levantando e tudo mais. *Eu não tenho mais aquelas angústias que eu tinha*. Eu acho que cheguei em um estágio intelectual de conhecimento e de leituras que eu tenho condições de ir buscando outras fontes. Eu sempre me *autoanalisei* muito.

A interlocutora, por enxergar seu transtorno bipolar como conectado ao cérebro, privilegia a figura do psiquiatra e, por não ter mais tantas *angústias*, entende que frequentar um psicólogo não seria necessário.

Além das ressalvas que faz sobre a psiquiatria e a psicologia, Ângela é diretiva na diferenciação do que entende como pertencente ao âmbito psiquiátrico e o que pode ser espiritual:

Agora falando sobre a questão religiosa, espiritual, fé, metafísica, como for. Em todos os círculos religiosos existe essa questão da saúde mental ser um *problema espiritual, mais do que um problema físico, químico, por exemplo, alguma coisa assim*. Eu compreendo esse meu problema como uma questão de saúde mental. *Não atribuo ao espiritual*, não cruzo o físico com o espiritual. Agora como lidar com isso? Aí vem a religião.



A partir daqui, a interlocutora entra mais diretamente no Islã. Embora não aceite qualquer interpretação de cunho espiritual-religioso para as suas questões de saúde mental, Ângela diz que na religião se encontram explicações, sendo estas carregadas de “comos” e de “porquês”. Em seu ponto de vista, algumas pessoas, como ela, buscam e encontram na religião uma “*normatividade*”: “saber que pode isso, que não pode aquilo, e que se fizer isso e isso a consequência é isso e aquilo”. Em nosso contato prévio, Ângela havia frisado seu apego às normas, mesmo nas denominações religiosas às quais pertenceu antes de abraçar o Islã: já na pesquisa sobre sexualidade, a interlocutora havia enfatizado a importância de ater-se aos mandamentos e às regras, colocando os desejos em segundo plano (Paiva, 2018, p. 85).

Em nosso diálogo atual, quando vai mais uma vez destacar essa dimensão importante de si, surpreendo-me quando ela menciona Freud. A interlocutora diz saber que ele fala sobre essa necessidade de uma religião e de suas regras, e que estas estariam relacionadas com a problemática paterna: “sei que o Freud dizia que as pessoas religiosas veem em Deus o pai porque não tiveram aquela figura paterna e tudo mais”. Ângela faz uma pausa, e não questiono o que ela está pensando. Eu, por outro lado, imediatamente sou remetida ao trecho em que ela narra suas últimas lembranças da infância sobre ter um “*pai normal*”. Ainda que no Islã não exista a associação de Deus-Pai, Ângela alude ao fato de que é de Deus que vêm as regras e as normas, portanto ele simbolicamente assumiria o caráter de pai, a quem se deve obediência e submissão. Se no ponto da sua necessidade por regras e normas religiosas parece haver concordância com o “pai da psicanálise”, logo aparece em seu relato a crítica mais usualmente feita por religiosos à obra freudiana:

Aquela leitura freudiana ao pé da letra não! Essa *aversão à religião* como uma coisa menor, como uma *ilusão*, isso não cabe mais. Eu entendo que naquele momento foi necessário para esse rompimento [da psicologia com a religião], para que a psicologia pudesse ganhar o *status* que tem hoje [como ciência], mas hoje em dia tem que ser mais multidisciplinar, holístico, seja o que for.

Como anteriormente elucidado, muçulmanos usualmente rejeitam as explicações psicanalíticas, pois consideram que esta leitura vai contra os princípios religiosos fundantes. Aqui, Ângela dá espaço à psicanálise, desde que não “ao pé da letra”, fazendo menção ao clássico freudiano que trata “a religião como ilusão”, o que ela entende como “aversão à religião”. É interessante como a interlocutora alude à história da psicologia, entendendo que o seu rompimento com as religiões constituiu-se como argumento para firmar-se como ciência, mas também ela aponta para o movimento mais recente de retomada da religiosidade-espiritualidade no cuidado em saúde, de forma a abarcar o indivíduo em seu caráter biopsicossocial-espiritual.

Na busca por essa conexão entre saúde mental e religião, Ângela enfatiza o aspecto normativo do Islã quando afirma que a religião é uma fonte de conforto para ela, mas destaca: “nem tanto nos *rituais*, mas na *doutrina*”.

Quando a gente pensa nos pilares da crença, pensa na questão da predestinação, né? O que tem me tranquilizado é raciocinar da seguinte maneira: a pessoa nasce e morre em datas destinadas por Deus. O sustento entre um ponto e outro também está destinado por Deus. *O que está destinado para mim vai acontecer*. Tem um versículo do Alcorão que diz que se todos se voltarem contra você, mas Deus te der apoio, você vai conseguir realizar aquilo. Por outro lado, se todos estiverem a seu favor, mas Deus disser que não, então aquilo não vai acontecer. Então esses *princípios doutrinários* me dão uma tranquilidade, acalmam a minha ansiedade. É como se fosse *água fria sendo jogada na fervura*.

Muçulmanos-as acreditam na predestinação (*qadr*). Devem aceitar o que foi a eles destinado por Deus: o que lhes sucede aconteceria de qualquer maneira, independentemente das circunstâncias; se algo não o atingiu, é porque jamais o atingiria, ainda que a conjuntura fosse outra. Por essa via, a ansiedade em relação ao futuro e as tentativas de exercer controle sobre os fatos da vida deveriam ser desnecessárias, pois “Deus conhece as vossas atividades e os vossos destinos” (Alcorão, 47:21); “Deus e Seu Mensageiro é que decidem o assunto” (Alcorão, 33:38). De acordo com Ângela, esse entendimento é como “água fria sendo jogada na fervura”: dá tranquilidade ao muçulmano. Tais “noções doutrinárias islâmicas”, como ela as denomina,

não eliminam seu sofrimento – “não significa que eu não sofra, não me preocupe, não tenha ansiedade” –, mas são apaziguadoras e dão “um conforto muito grande”.

Além disso, Ângela diz que tem “um diálogo constante diretamente com Deus”. Esse é um aspecto que costuma ser ressaltado pelas interlocutoras: como o Islã é uma religião entendida como entre a pessoa e Deus, sem intermediários entre os dois, costuma-se ressaltar como essa “conversa” com Deus passa a ser facilitada. Ângela destaca que quando era católica, não era possível “chegar direto a Deus”, porque “tinha uma série de intermediários: santos, clero e tudo mais”, o que não existe no Islã.

O tempo inteiro eu estou falando com Deus na minha cabeça. Essa minha conversa com Deus é constante. *É como se eu estivesse numa ligação de WhatsApp com Deus o tempo inteiro [risos].* A qualquer momento posso conversar com Ele.

Além do canal direto com Deus que o Islã proporciona, Ângela faz outra diferenciação importante entre o Islã e o catolicismo, relacionada à forma com que cada uma concebe as características divinas:

Desde que eu me tornei muçulmana, desde o início foquei no *Bismillah al Rahman al Rahim*: em nome de Deus, o Clemente, o Misericordioso. Então de todos os atributos de Deus, os que conhecemos e os que não conhecemos, esse de ser Misericordioso, doador de misericórdia, foi o que mais me tocou. Para muita gente, Deus é aquele velhinho carrancudo do Testamento, que tem hora que está bem, aí de repente se zanga, oscila de humor muito rapidamente. *Ele é meio bipolar, talvez? [risos].* Eu nunca compreendi Deus assim. Eu considero Deus como mostrado pelo Islã: um ser cheio de misericórdia, disposto a perdoar. Ele se agrada quando nós nos aproximamos. Tem aquele *hadith* do Profeta Muhammad de que se você der um passo na direção Dele, Deus dá dois em sua direção, Deus corre em sua direção.

A interlocutora ressalta como Deus está sempre próximo dos crentes, principalmente quando estes também se mostram dispostos a se aproximarem Dele: há um versículo alcorânico frequentemente invocado sobre isso, segundo o qual Deus está mais perto dos crentes “do que a (sua) artéria jugular” (Alcorão, 50:16).

Para Ângela, a principal característica Dele é ser Misericordioso<sup>52</sup>: vale comentar que todas as suras do Alcorão, com exceção da 9ª, iniciam-se com os dizeres que Ângela menciona - “Em nome de Deus, o Clemente, o Misericordioso”. No Islã, encontra-se 99 nomes de Deus: são atributos distintos associados a Ele, que estariam acessíveis à nossa compreensão, como por exemplo: Al Malik (O Soberano), Al Razzaq (O Provedor), Al 'Adl (O Justo), Al Hafiz (O Preservador), Al Muqit (O que Sustenta), Al Karim (O Generoso), entre tantos outros<sup>53</sup>.

Ângela enaltece o atributo relacionado à misericórdia para evidenciar o contraste entre a forma com que o Islã entende Deus, quando comparado a outras religiões que o enxergariam prioritariamente como severo e castigador. É curiosa a forma com que a interlocutora dá sequência a essa ideia, quando em tom de brincadeira provoca: “*Ele é meio bipolar, talvez?*”. De forma bastante descontraída, Ângela faz referência às concepções imbuídas de senso comum que circulam socialmente, de que basta ter um estado de humor flutuante para *ser* bipolar: para ela, seguindo essa ideia, até mesmo Deus seria considerado *bipolar*, por ser retratado no Testamento pelas vias da instabilidade e da inconstância.

Anteriormente, Ângela já havia mencionado como esse estereótipo a incomoda e que, quando escuta alguém falar que “fulano tá de mal humor hoje, fulano é bipolar”, ela usualmente intervém e explica “que não é bem isso”. Vemos o mesmo também no que diz respeito a outras questões de saúde mental: não é incomum que se diga que alguém “tem TOC” (transtorno obsessivo-compulsivo) por ser perfeccionista ou que se atribua o adjetivo “esquizofrênico” a algo fora de controle e sem sentido. Sobre isso, há um forte indício de como a saúde mental vem sendo banalizada socialmente, e geralmente se esquece que o uso pejorativo dessa

---

<sup>52</sup>Vale ressaltar que a tradução de sentidos do Alcorão feita por El Hayek utiliza “Misericordioso”, ao passo que a de Nasr também acrescenta “Misericordioso”. Nasr explica que Misericordioso faz alusão à “pleno de misericórdia”, ao passo que Misericordioso dá também a ideia de ação: Deus é cheio de misericórdia, mas também é “Aquele que dá misericórdia” (p. 2).

<sup>53</sup>Ver <https://99namesofallah.name/>

terminologia pode soar ofensivo para quem verdadeiramente “sente na pele” os transtornos e, conseqüentemente, também os seus estigmas. Para ela, é preciso “popularizar sem banalizar”:

Eu acho que o principal é a divulgação do conhecimento, *popularizar sem banalizar*. Eu acho que eu contribuí para isso. Eu devo ter servido de piada para muita gente no meu local de trabalho, mas *saí do armário há muitos anos*, sou uma *bipolar assumida*. Eu não escondo. Eu falo mesmo para todo mundo, falo das minhas experiências, conto tudo, falo da importância. É uma coisa muito legal, mas que infelizmente muitos muçulmanos não tem conhecimento, é o discurso de muitos muçulmanos na chamada Idade de Ouro do Islã. O desenvolvimento das ciências em geral, e especialmente da medicina. A propagação do conhecimento era algo fantástico, maravilhoso. Quando você adquire mais conhecimento e você divulga esse conhecimento, você ganha mais *hasanats*<sup>54</sup>, você está mais perto do paraíso. Conhecimento não só teológico, mas conhecimento em geral.

Aqui, além de fazer menção à Era de Ouro, destaca-se o entendimento da interlocutora de que assumir-se publicamente como bipolar é uma forma de desmistificar o transtorno e de divulgar informações acuradas sobre ele, inclusive dentro das comunidades islâmicas. De acordo com ela, existe um “grande desconhecimento” social tanto acerca do transtorno bipolar como sobre o Islã, o que faz intensificar as dificuldades vividas por ela:

Agora voltando aos estereótipos em relação à saúde mental. Eu sou portadora de um problema mental, que é algo ainda muito desconhecido. Sinto que, comparando, *eu sou esquisita porque sou muçulmana e sou esquisita porque sou bipolar* [risos]. É um negócio meio *punk*, né?

Ângela acaba fazendo uma releitura de uma fórmula que usei diversas vezes ao longo do mestrado para destacar as especificidades das intersecções entre os marcadores de gênero, sexualidade e religião: ser mulher, ser muçulmana; ser mulher *e* muçulmana; ser *mulher muçulmana* (Paiva, 2018). A interlocutora aproxima religião e transtorno, na medida em que há certos estereótipos que recaem sobre ela por ser bipolar, há outros por ser muçulmana, e que, quando se fundem, certamente fulguram: uma mulher *e* muçulmana *e* bipolar, uma *mulher muçulmana bipolar*.

---

<sup>54</sup>Bençãos.

Nesse ponto, é importante lembrar que, assim como em meu mestrado, trabalho primordialmente nesta tese com mulheres muçulmanas brasileiras revertidas ao Islã, o que sempre será um marcador expressivo para qualquer análise feita com mulheres em campo islâmico. Ângela aciona essa categoria para sinalizar que, tanto por ser revertida como por ser bipolar, vive “um processo que não tem fim”, que “é constante porque sempre há espaço pra melhorias”, dia após dia. Afinal, tanto o Islã como o diagnóstico de transtorno bipolar trouxeram à interlocutora uma “*nova forma de ver e interpretar o mundo*”. De acordo com Ângela, “a leitura que faço da minha vida é que foi todo um caminhar que me preparou, que contribuiu para eu chegar ao estado atual”: são como “*pérolas de sabedoria*” que ela foi “coleccionando com o tempo, pelo conhecimento, e pela minha própria experiência de vida”.

Então a leitura que eu faço a partir da religião é assim: faz parte do meu *destino*? Faz. Por que que Deus me fez *desse jeito*? Para eu poder *aprender* alguma coisa com isso e ajudar outras pessoas. Eu fui desenvolvendo empatia, afeto, experiência.

Rumo à finalização da nossa conversa, Ângela pede que eu espere um pouco, pois vai ao cômodo ao lado buscar um livro que tem um poema do qual ela gosta muito e que resume a mensagem final que ela quer me passar. Ela fala que é uma obra que faz uma introdução às ideias sufis, e comenta: “eu sou sunita, mas o sufismo tem coisas muito interessantes”. Ela me informa que o poema é datado do século VIII, de autoria de Rābi‘a al-‘Adawiyya, e recita: “*Ó Deus, se Te venero por medo do inferno, queima-me no inferno / E, se Te venero esperando o paraíso, exclui-me dele. / Mas, se Te venero por Ti mesmo, não me negues Tua eterna beleza*”.

Emocionada, Ângela destaca a beleza de amar a Deus sem interesses, mas também ressalta como isso é algo difícil de se alcançar. Ela explica:

É isso aqui que eu quero para a minha vida, mas eu não vou conseguir. Não é medo de punição, não é por interesse, é um amor desprendido de interesses. Mas, como nós *somos seres humanos*, temos interesses, temos necessidades. Então isso é muito lindo no Islã: Deus sabe que nós somos assim, por isso ama quando clamamos a ele. *Fomos criados na nossa imperfeição, pela nossa imperfeição*. Por isso é um *aprimoramento* constante.

Uma vez mais, o aprimoramento: aprimorar-se diariamente no Islã e aprimorar-se diariamente por meio de sua experiência com o transtorno bipolar, pois assim como a reversão é processual, conviver com a bipolaridade também é. Na concepção islâmica, Deus é perfeito; nós, humanos, somos imperfeitos e assim fomos criados por Ele. A dimensão que Ângela sutilmente menciona é que somos *todos* imperfeitos, portanto ser uma mulher muçulmana bipolar não é nenhum demérito e em nada a diminui, pelo contrário: ser muçulmana e ser bipolar faz com que Ângela busque e clame por Deus cada vez mais, o que em seu ponto de vista a aprimora constantemente como pessoa.

Por fim, Ângela diz que sente que na maturidade alcançou o equilíbrio necessário para ter uma “vida plena” e sentir-se “confortável dentro da sua pele”, apesar de (ou, até mesmo, por causa de) todas as dificuldades já vividas. E arremata: “*se o próprio Profeta Muhammad foi chamado de louco, por que eu não seria?*”.

#### **4.2 *É tristeza ou é depressão: o papel das emoções na constituição de si***

“Eu *sou* assim. Tem dias que eu *acordo triste, sem motivo*. Mas essa sou eu, eu sou assim. Eu sempre fui muito emotiva. Eu *sou* muito emotiva”: é assim que Selma se apresenta no primeiro instante de nosso contato. Em nossa chamada de quase 5h de duração no *Skype*, e nas centenas de mensagens que trocamos por *WhatsApp*, foram as *emoções* as grandes protagonistas da história de vida que será narrada pela interlocutora. No diálogo com Selma, o elemento tristeza permeará seu percurso não apenas no que diz respeito à sua experiência com a depressão, mas também sua trajetória mais ampla: para a interlocutora, a depressão está ancorada na esfera das emoções e a tristeza aparece como parte importante da constituição de si mesma.

Selma lança mão da “montanha-russa” como uma analogia para descrever a sua vida: o “carrinho” de ninguém pode ficar parado na plataforma, “se subiu, tem que descer; se desceu,

tem que subir”. Ao rememorar nossa conversa, constato que esse foi o caminho que ela seguiu em sua narração. Na primeira metade da conversa, a “subida”: Selma conta como sua vida foi marcada pelo esforço que permitiu que ela conquistasse coisas inimaginadas. É com muito orgulho que a interlocutora fala sobre uma importante certificação internacional que conseguiu obter na sua área de atuação, o que a levou a ter uma vida profissional bastante sobrecarregada, mas com muito reconhecimento.

Embora desde a infância tenha convivido com a pressão sobre o seu excesso de peso, isso nunca foi um problema para ela, pois sempre aceitou o seu corpo com autoestima elevada, tendo feito parte de uma companhia profissional de dança do ventre por muitos anos. Apesar das dificuldades financeiras, Selma também frisa a sua experiência de ter tido um casamento feliz, marcado pelo companheirismo e pelo respeito. Então, vem a “descida”: a perda de interesse pela sua atividade favorita, a dança; a dificuldade de manter o ritmo produtivo, que culmina em demissão e assédio moral no ambiente de trabalho; o casamento que vai se deteriorando até o divórcio, pois o marido não soube lidar nem com a sua depressão e nem com a sua reversão ao Islã.

*Eu só chorava, chorava, chorava.* Nessa época eu só tinha duas coisas na minha vida, a dança do ventre e o trabalho. Comecei a não querer dançar, perdeu a graça. Eu estava *sem vontade de nada*. *Eu não conseguia mais produzir*, estava tudo *embolado*. Acabei sendo demitida do trabalho e sofri muito. Aí você vê que você é um número, ninguém quer saber o que aconteceu com você. Se você tem um profissional que está trabalhando com você há anos, e você vê que a pessoa começa a fazer umas coisas que não era o que ela fazia antes, *será que não dá para perguntar: oi, tá acontecendo alguma coisa?* Que dificuldade que as pessoas tem! Aí a minha autoestima diminuiu muito. Eu já estava nesse processo [de depressão], e só recebia paulada. *Era chorar, chorar, chorar. Só chorar, chorar, chorar.*

Nesse momento específico de sua vida, Selma se vê sobrecarregada psicologicamente. Ainda sem saber que estava deprimida, ela sentia que sua vontade e disposição estavam diminuídas, até mesmo em relação às atividades que ela mais gostava: a dança e o trabalho. No âmbito deste último, a improdutividade culmina em sua demissão, e Selma aponta seu desapontamento com os colegas, que em nenhum momento conversaram com ela para saber o



que poderia estar acontecendo, visto que sempre foi reconhecida como uma excelente profissional. A interlocutora nos aponta para o entendimento da depressão também como essa “posição subjetiva acionada pela resistência às altas demandas da sociedade que supervaloriza a produção, o consumo e o espetáculo” (Mendes, Viana & Bara, 2010), exigências sociais às quais ela se vê impossibilitada de atender.

Eu estava chorando muito, chorando muito além do que eu já chorava. Era depressão e eu não sabia. Fui piorando e não sabia o que eu tinha. *Para mim, era só tristeza* com essa situação toda. Aí um dia minha amiga me falou: *you tá doente, you tá com depressão*. Eu falei: claro que não, não tô, cara! Minha vida tá um caos, tá de cabeça pra baixo. Como é que eu vou estar bem? Aí ela falava: *you tá sim, tá com depressão, ninguém chora dois dias sem parar*. E eu insistia: *não vou à médico nenhum, não é depressão. É tristeza, é estresse*. Mas era. Ela me levou no médico, e na primeira pergunta dele eu já comecei a chorar. Foram duas horas de consulta. *Ele falou: é depressão, pode botar uns dois anos aí, mais ou menos*.

“*Tristeza x depressão: você sabe a diferença?*”, “*Como saber se tenho depressão ou é só tristeza?*”, “*Depressão é muito mais que tristeza*”: esses são alguns dos primeiros resultados retornados quando buscamos informalmente pelo termo depressão no *Google*. Alguns resultados desta busca nos levam aos *websites* de indústrias farmacêuticas que informam, por exemplo, que “enquanto a tristeza dura algumas horas ou até alguns dias, a depressão, sem o tratamento certo, pode durar meses ou anos” e que, na verdade, “uma pessoa é considerada com depressão quando a tristeza dura mais de duas semanas”, pois a tristeza “tende a uma hora *ceder*” e assim a pessoa volta a sua “*vida normal*”, ao passo que “a depressão não acaba”.

Destaco a ênfase que Selma dá tanto à tristeza como ao choro, reação corporal advinda dessa emoção: sabe-se que a tristeza é entendida como parte significativa da construção da representação social acerca do fenômeno depressivo, fazendo parte de uma leitura psicoafetiva da depressão. Além disso, mesmo quando consideramos os manuais da psiquiatria, vemos que a tristeza é reconhecida no DSM como um “sintoma comum” do estado depressivo e consta na própria definição dada por este manual aos transtornos depressivos, que “caracterizam-se por tristeza suficientemente grave ou persistente para interferir no funcionamento e, muitas vezes,

para diminuir o interesse ou o prazer nas atividades”: tristeza e depressão se diferenciariam pela duração/persistência, intensidade e prejuízos à funcionalidade da pessoa.

A depressão emergiu como a forma predominante de mal-estar na contemporaneidade, a ponto de ser caracterizada como o “mal do século”, marcado por uma “epidemia” de depressão. Sabe-se que “há uma espécie de política envolvida nos processos que tornam uma dada forma de sofrer mais visível e mais bem reconhecida em uma dada época do que em outras” (Dunker, 2014, p. 80): outrora, tal lugar já foi ocupado por “histéricas, paranoicos, melancólicos” (Safatle, 2019). Como bem apontou Samira no capítulo 1 e 3, o sofrimento e as formas de sofrer não se reduzem ao que consta nos manuais psiquiátricos vigentes, mas eles sim servem ao fornecimento de uma linguagem comum, partilhada, dos transtornos mentais. Para Selma, receber a afirmação do médico de que o quadro que ela apresenta “é depressão” gerou um espanto inicial e um conforto subsequente, pois “quando a gente nomeia as coisas parece que alivia”.

Além da depressão, a interlocutora tem experimentado frequentes crises de pânico. Abaixo, ela faz uma diferenciação entre “crise” e “tristeza”, mostrando que, em seu ponto de vista, essa última não é patológica e, portanto, não é medicalizável:

[Antigamente] eu tomava três medicamentos. Hoje eu tomo sertralina e tenho sempre um clonazepam: se me dá crise eu tomo. Os médicos não gostam muito não. Uma vez o médico falou que isso era igual o que o viciado em cocaína faz, mas eu não faço toda hora. *Não é porque eu tô triste que vou tomar clonazepam. Não é para qualquer crisezinha. É só quando o bicho pega, quando eu sei que eu não vou conseguir me controlar. A crise vai passar, mas vai demorar uma hora para passar, e se eu tomar [clonazepam] passa em meia hora, vinte minutos. Mas depois vem a rebarba né, o corpo todo dói, tudo dói, deve retesar tudo. E eu tenho crises que parece que eu não vou conseguir voltar mais, parece que eu vou enlouquecer naquele momento.*

Vê-se que a interlocutora transita entre essas duas concepções: tanto assume o diagnóstico que lhe foi dado e segue as prescrições pautadas nesse modelo psiquiátrico, como compreende que há um grau considerável de tristeza que seria inerente à constituição humana.

Eu sou assim. E as pessoas não entendem isso, sabe? E isso é muito duro. Por que, gente? Por que eu não posso ser assim? *Por que eu não posso chorar, ter minha emoção,*

*minha tristeza? Por que será que é tão difícil entender e me aceitar assim? Você chorar é parte de você, estar feliz é parte de você, estar triste é parte de você. Parece que a gente tem a obrigação de ser feliz o tempo todo, sabe? Claro, tem que aprender a lidar com isso, mas para aprender a lidar tem que aceitar que isso existe. Eu nunca tive vergonha de chorar. Eu tenho que pedir desculpa porque eu tô chorando? Por que pedir desculpa? Eu tô chorando e pronto. Eu peço desculpas quando eu tô rindo? Não, né? Se eu não peço desculpas quando eu tô rindo, por que eu vou pedir quando eu tô chorando?*

De acordo com a psicanálise, há uma porção de “sofrimento ordinário” que corresponde ao nível de angústia que é intrínseco à nossa existência, que faz parte da nossa constituição humana. Ao seguirmos por esta trilha, é impossível pensar em uma vida sem algum tipo de sofrimento, sem alguma forma de miséria. Abro um parênteses para relembrar o conceito de saúde da OMS e questionar como a enunciação de “um completo bem-estar físico, mental e social” parece algo muito distante, contrário até mesmo à nossa posição de sujeito. Além disso, o conceito de “normalidade”, tal como costuma ser compreendido no senso comum, não seria mais do que “um excesso de adaptação ao mundo tal como ele se apresenta”, ou seja: uma tolerância elevada ao sofrimento (Dunker, 2017, p. 196). No trecho acima, Selma aponta que, nesse sentido, também a tristeza faz parte da vida, e posiciona-se claramente contra o imperativo da felicidade que vivemos atualmente.

*É obrigatório sorrir. A gente tem que ser feliz 24h por dia, né? Só que isso não é humano. Por que as pessoas não podem declarar seus sentimentos, seus estados emotivos e emocionais? Para que fingir que tá feliz? Isso é opressivo. Por isso eu sou vista como diferente, o povo acha que sentimento tem que ficar na caixa de Pandora. As pessoas temem os sentimentos, querem jogá-los para debaixo do tapete. E a busca pela tal felicidade está cada vez mais individualista e materialista. É um caminho que leva você para cada vez mais longe de você mesmo, né? Expressar o sentimento é muito importante. A maioria das pessoas não consegue lidar com os sentimentos. Acho que é por isso que eu não perei geral, do jeito que eu já fiquei era para eu já ter pirado geral. Eu só não perei geral porque eu sei o que eu tô sentindo.*

Destaca-se a menção que a interlocutora faz ao mito grego, segundo o qual Pandora, incapaz de controlar sua curiosidade, abre a caixa na qual estavam contidos todos os males, sendo então a responsável por espalhá-los pelo mundo: “com ela começou a infelicidade dos homens” (Kury, 2008, p. 305). Parece bem significativo que Selma lance mão dessa imagem

mitológica para falar da relação entre sentimentos e saúde mental: lembro ao leitor que no mito em questão, resta ao final a esperança, que estava no fundo da caixa.

Selma comenta que lhe parece que as pessoas prefeririam que os sentimentos ficassem guardados na caixa, ou que ao menos a tristeza lá permanecesse, ao passo que ela acredita ser válido sentir e viver toda uma gama de sentimentos e emoções possíveis, o que lhe faria ser “diferentona” em relação aos demais. A interlocutora endossa a visão de que emoções “são experiências complexas que abarcam um amplo leque de fenômenos diferentes e que se relacionam de modo imperfeito” (Cabanas & Illouz, 2022, p. 239): a categorização das emoções em positivas e negativas é uma “cisão falaciosa” (p. 328).

Para Selma, a ambivalência é uma marca da vida. No entanto, sente que seu jeito de ser e que sua consideração pela tristeza como parte de si não são reconhecidas por seus pares: como apontou Mauss (1921/1979), as manifestações emocionais não se reduzem a um instinto biológico, incontrolável e individualizante, mas sim obedecem a certos critérios normativos entendidos e compartilhados pelo grupo, enquanto coletividade. As emoções são, portanto, “fenômenos sociais” (p. 147): ritualmente organizadas, mobilizam narrativas e dependem da comunicação social (Le Breton, 2019).

Posto isso, toda essa narrativa da interlocutora me provoca a refletir sobre algo que venho pensando desde o início desta tese, já sinalizado no primeiro capítulo: qual é o lugar reservado à tristeza e ao sofrimento no Islã? Apontei que uma das minhas primeiras inquietações para esta pesquisa era buscar compreender como, por um lado, as regras religiosas islâmicas são vistas como vindas de Deus para garantir a felicidade, a satisfação e a saúde; mas, por outro, restava a indagação de como poderíamos esclarecer a situação de muitas interlocutoras que, sendo muçulmanas e seguindo as regras, não se sentem felizes, satisfeitas e nem saudáveis psicologicamente.

Especificamente em relação à tristeza, há uma série de referências a ela nas fontes tradicionais islâmicas. No capítulo 2, mencionou-se o período conhecido como o Ano da Tristeza vivido pelo Profeta Muhammad. Além disso, no Alcorão há versículos diversos segundo os quais os “olhos ficaram anuviados pela tristeza, havia muito retida” (12:84), que seres humanos “caem de bruço, chorando, e isso lhes aumenta a humildade” (17:109), e que Deus faz-nos “rir e chorar” (53:43). Selma acomoda tais ideias aderindo à explicação de que os sentimentos, inclusive a tristeza, foram criados por Deus.

No Islã o conhecimento não é só o conhecimento do Livro. As *ayas* do Alcorão são sinais, *aya* significa sinal. O universo todo são *ayas*: são sinais que Deus nos dá para a gente acreditar Nele. Eu fico pensando: Meu Deus, como as pessoas podem não acreditar em Deus vendo a natureza? Basta olhar. Olha o seu corpo, o funcionamento do seu corpo, é uma doideira. Só da gente observar o que Deus criou, a gente chega perto Dele. Então é esse conhecimento também, esse conhecimento geral do mundo, das coisas do mundo. Os *sentimentos*, tudo. Tudo é de Deus, tudo é criação de Deus, e foi isso que eu sempre *senti*.

Para Selma, as emoções são também sinais divinos: se Ele criou todas as emoções, criou felicidade e tristeza porque elas servem a determinados propósitos e ao nosso benefício. De acordo com o Alcorão, tudo foi criado em pares. Na minha dissertação de mestrado, quando busquei apresentar o ponto de vista islâmico sobre gênero, recorri a um exemplo dado pelo *sheikh* Bukai em uma de suas aulas na Mesquita de Santo Amaro quando perguntou aos alunos qual era melhor, a noite ou o dia. A resposta é que nenhum é melhor que o outro, pois cada um serve ao seu propósito: a noite foi feita para descanso e o dia para buscar sustento por meio do trabalho. A ideia é de que Deus criou tudo em pares não de maneira excludente, mas como complementos: é nisso que reside a ordem harmônica do mundo (Paiva, 2018, p. 25). Agora, talvez caiba a reflexão de que o mesmo acontece com o par felicidade-tristeza: não se antagonizam, mas sim se complementam.

Na noite e no dia, no mar e na terra: em tudo “há sinais para os sensatos” (Alcorão, 2:164). Os muçulmanos são encorajados pelo próprio Alcorão a observar o mundo ao seu redor, e nele identificar os sinais da revelação: o mundo físico e metafísico se juntam, são conectados.

Diz-se que “na terra, há sinais para os que estão seguros na fé” (Alcorão, 51:20), mas tais sinais não estão apenas no que é externo, no ambiente, na natureza. O Alcorão aponta que “também (os há) em vós mesmos” e cobra dos muçulmanos-as o reconhecimento de tais sinais internos: “não vedes, acaso?” (Alcorão, 51:21). Assim, muçulmanos devem olhar para o mundo, mas também para dentro de si; devem buscar conhecimento sobre o mundo, mas também buscar conhecimento sobre si mesmos.

No relato de Selma, percebe-se sutilmente que até a forma com que ela diz entrar em contato com Deus, Seus sinais e com todas as belezas da criação é pela via do *sentimento*: Selma conta que foi “isso que eu sempre senti”, não o que sempre “pensei”. Fica claro como a forma de Selma ser e estar no mundo, e com ele estabelecer conexão, é pelo sentimento, *sentindo* as coisas: é por esse “tecido de emoções e de sentimentos” (Le Breton, 2019, p. 1) que Selma se conecta consigo mesma e com o que lhe é exterior.

Ainda procurando dar um lugar para a tristeza no Islã, Selma explica que “tem uma *aya* do Alcorão que fala: não ache que você não vai ser testado, porque o crente, o verdadeiro crente, é aquele que é mais testado”. A tristeza, portanto, pode vir sob a roupagem de um teste: “vacas magras, sofrimentos e tristezas são pra chegar perto de Deus, e você chega com mais facilidade porque está sofrendo”. Diferentemente do que se poderia supor, para Selma tais testes são entendidos como “fonte de conforto”, pois ela entende que “Deus ama mais quem Ele está dando mais paulada na vida”. Assim como a interlocutora Ângela promoveu uma aproximação entre transtorno bipolar e Islã na medida em que ambos são processos que geram aprimoramento, Selma também tem sua maneira própria de relacionar sua entrada no Islã com a depressão: entende ambas como *testes* que lhe foram enviados por Deus.

Depois que eu me tornei muçulmana, depois que eu aceitei o Islã, a fé me ajudou muito em muita coisa. Porque no início foi muito difícil, *o Islã veio junto com a depressão*. Eu pensava: Deus, você me deu um presente, mas aprender a ser muçulmana e aprender a lidar com a depressão é muita coisa. Tem muita história de muita gente que aceita o Islã e aí tem um *teste de vida arrasador. Uma prova de fé*. Na verdade, Deus não quer saber

se você tem fé, isso Ele já sabe. Ele quer te mostrar que você tem e ver se você vai procurar Ele, se você vai querer estar perto Dele.

Quando Selma menciona que “o Islã veio junto com a depressão”, eu faço alusão ao versículo de que com a adversidade está a facilidade (Alcorão, 94:5-6). A ideia é de que andam juntas, e não que apenas depois da adversidade vem a facilidade, algo como a bonança após a tempestade. Depressão e reversão aconteceram quase que simultaneamente mas, para além do concreto, Selma entende que estão entrelaçadas de forma mais complexa: sente que lhe foi imposta a adversidade da depressão, mas acredita que o Islã vem como um “presente” para aliviar tal turbulência. Por outro lado, percebe que o Islã no início também lhe traz dificuldades, porque além de ter sido o motivo derradeiro do rompimento do casamento, logo a interlocutora percebe que aprender o Islã, aprender a ser muçulmana, não é tarefa tão simples.

Além disso, Islã e depressão se misturam na medida em que ela, logo no início do seu caminho religioso, é colocada à prova: Selma entende que a depressão é um “teste arrasador” para provar e alimentar a sua fé. O que Selma traz também se relaciona ao versículo que diz que “porventura, pensam os humanos que serão deixados em paz, só porque dizem: cremos!, sem serem postos à prova?” (Alcorão, 29:2): crer não garante aos muçulmanos que eles estarão livres de testes e sofrimentos pois, se creem, sua fé será testada justamente por meio das adversidades.

Outra grande prova de fé vivida por Selma será relatada abaixo: trata-se de um episódio de alucinação induzida por um medicamento, carregada de ideação suicida.

Eu tive uma alucinação por causa de um moderador de apetite. Eu tinha parado de tomar sertralina porque eu estava super bem no ano retrasado. Aí acabou a sertralina, enrolei e não tomei mais. Eu queria emagrecer, então fui na endócrino. Eu queria emagrecer por causa da saúde, cheguei a 104 kg, eu estava até sem mobilidade. Fui nela, olhei a receita, ela tinha receitado fluoxetina e umas coisas naturais, mas tinha também um remédio que eu não lembro o nome, que eu achei estranho. Era um remédio para epilepsia, mas que controlava a fome. Nessa época eu estava bem, eu estava super bem. Eu tinha que ir também na cardiologista, aí contei para ela que fui na endócrino e que ela me passou tudo aquilo, falei que tinha olhado na internet e não tinha gostado muito do remédio assim, assado. Ela falou que eu podia tomar sim, aí fui na onda, né? *Se duas médicas estão falando, bom, elas sabem o que estão fazendo.* Comecei a tomar. No

segundo ou no terceiro dia comecei a me sentir estranha. *Você sente, você sabe que vai acontecer uma coisa muito ruim.* Pensei ah, de repente o organismo tá se adaptando e tal, e continuei. Eu sei que com uma semana eu já não comia, não saía do quarto. Fui piorando, piorando, piorando. Aí eu tive uma *crise de pânico*, não tinha ninguém em casa. E aí nessa crise teve uma hora que eu fui para perto da janela e eu via uma *arma na minha mão*. A minha mão subia assim e... [pausa]. Deus, eu não quero isso, não posso pensar isso. *Você vê como a fé é importante, nesse momento fui buscar força em Deus.* Acho que se eu não tivesse isso naquele momento eu pirava, perdia o controle de vez. Eu olhava a janela... [pausa]. Minha sorte é que durante a crise eu fico catatônica.

Antes [desse episódio] eu pensava que eu queria sumir, mas não pensava em fazer nada comigo. Só depois dessa crise do remédio é que eu comecei a ter essas coisas. Naquele dia, graças a Deus eu só tinha um alfinete. Eu me cortei com o alfinete, sabe. Eu fazendo aquilo parecia que não era eu fazendo aquilo. Isso é muito doido, é muito doido. Parece que é outra pessoa fazendo aquilo em você. *Parece que você tá completamente desvinculado da sua pessoa.* Sabe? Graças a Deus eu fico catatônica, porque eu estava sentada e a janela ali [aponta]. E eu pensando na janela... [pausa]. Mas graças a Deus eu não me movo enquanto a crise não passa, quando tô na crise fico assim... [pausa]. Eu podia ter me jogado da janela. Do segundo andar. Porque eu olhava, pensava, olhava... [pausa]. A mão vinha, Camila. A mão vinha. Foi a coisa mais estranha. Eu abaixava, jogava a mão, e falava: Deus, tira isso da minha cabeça, não quero pensar nisso, não quero. *Eu só pedia a Deus: não quero, não posso, isso não tá certo, não posso fazer isso.* Mas eu estava muito descontrolada. Aí fiquei furando, furando, furando. Furei meu pulso assim. Graças a Deus foi superficial porque com um alfinete não dá pra fazer muita coisa. Mas agora eu entendo quando a pessoa pega a arma, taca fogo no corpo, porque eu passei por isso. *A arma era imaginária, mas se ela estivesse na minha frente, eu teria me matado, eu sei disso.* Eu segurava a mão, abaixava a mão. Foi horrível. Aí lá no fundo eu pensava: tem remédio na bolsa, levanta e pega o remédio. Eu ficava assim falando como se eu estivesse falando com uma outra pessoa mesmo. Aí fiquei me forçando para levantar e pegar o remédio que estava na bolsa, do meu lado assim. Era só levantar e pegar. Aí tomei o remédio e as imagens desapareceram.

Nesse momento de intenso sofrimento, Selma destaca a importância da fé e de seu chamado por Deus para que Ele “a tirasse” daquela situação terrível. A temática da morte é recorrente em outros momentos difíceis vividos por ela, e aparece até mesmo na metáfora do afogamento que Selma usa para descrever a forma como ela, em tamanho desespero como se estivesse prestes a se afogar, conversa com Deus. Ele lhe dá a salvação, o respiro necessário para voltar à vida:

*Eu não conseguia rezar, mas eu conversava com Deus.* Eu falo que era como se eu estivesse me afogando, sabe? A pessoa está se afogando e, de repente, dá aquele *respiro*. Eu sempre conversei com Deus, sempre cheguei perto de Deus. Eu falava: Deus, sei que a gente não pode falar que quer morrer, mas eu não sei mais, eu perdi a noção de tudo. Não tem mais motivo para viver, porque você vive por um objetivo, ou por vários. E, para mim, nada mais tinha graça.



Sabe-se que um dos sintomas mais marcantes de quem experimenta a depressão é a anedonia, a incapacidade de sentir prazer e a diminuição do desejo pela vida: “nada tem graça”. Tal dificuldade impacta também nas orações, pois a interlocutora aponta não ter energia disponível para se dedicar às práticas devocionais, o que se repetirá mais adiante no relato da interlocutora Débora. Selma não reza, mas conversa com Deus, o que em seu entendimento é uma forma de estreitar sua relação com Ele. Nesse processo, conta com o apoio das amigas:

As amigas me mandavam mensagem: vamos rezar? Eu falava: não consigo. Aí minhas amigas falavam que então iam rezar por elas e por mim. Isso é lindo. Deus dá os testes, mas dá as ferramentas também. *O Alcorão fala que não tem fechadura que Deus não te dá a chave, Ele dá a chave, mas você tem que perceber.* Essas pessoas eu vou guardar a vida inteira no meu coração. E eu guardo o bom, não sou de guardar o ruim. O bom eu fico lembrando, o ruim eu não fico remoendo. Eu sempre falo que eu coleciono saudades. A gente fala da saudade como coisa ruim, mas a saudade é um grande sinal de amor. Se você tem saudade é porque teve amor, pronto.

Selma diversas vezes ao longo da conversa fala da importância de pessoas específicas em sua vida, amigas muçulmanas e não muçulmanas, de diversos países, das quais ela diz sentir falta, apesar do intenso contato pelas redes sociais, sobretudo em tempos pandêmicos. Interessante a forma como ela traz outros sentimentos na porção final desse trecho (saudade, amor) e, assim como ressignifica a tristeza, também o faz com a saudade: sentir saudade é bom, colecionar saudades é, de certa forma, também colecionar amor. Selma aponta que, ainda que não se prenda a uma comunidade e nem a líderes religiosos, há certas pessoas específicas, muçulmanos e não-muçulmanos, que deram a ela o apoio que ela não encontrou no seu círculo familiar, por exemplo.

A minha família não ajudou muito e teve um ponto em que eu fiquei sozinha. Teve uma época que fiquei totalmente sozinha. *Eu e Deus.* Não tinha ninguém. E foi na época da minha pior depressão, daquelas de ficar três dias sem tomar banho.

Além da solidão familiar, Selma também destaca um certo sentimento de hostilidade por parte das comunidades islâmicas, destacando como foi frequente em sua vida ouvir a

famigerada explicação sobre a falta de fé, noção esta que não apenas circula nestas, mas costuma ser recorrente em comunidades religiosas como um todo.

Saúde mental já é problemático para se conversar, no meio religioso isso se multiplica muitas vezes, porque *além de a gente escutar que é só fazer uma forcinha, a gente também escuta que a gente não tem fé e que, se orar, vai ser curada bem rápido*. Se as pessoas soubessem a dor que a gente sente, eu chamo de dor da alma, dor que a gente não deseja nem para o pior inimigo. As pessoas sempre vinham com a história da forcinha ou então a da falta de fé. *Se você não tem fé, você dá um tiro na cabeça*. Se não tiver fé, não tem como se recuperar. *Comigo foi a fé e continua sendo a fé que me transformou, que me fez sair daquela situação*.

Percebe-se que todas as interlocutoras dessa pesquisa, tanto as anteriores, como as subsequentes, em algum momento de suas trajetórias ouviram que sua condição psicológica era consequência da falta de fé. Selma sinaliza que é justamente o oposto: sua fé é a maior responsável por ela estar viva, por chegar até aqui.

E para as pessoas que vem com a conversinha da falta de fé eu falo: *se eu não tivesse fé, a pessoa não estaria aqui conversando comigo, porque eu já teria morrido*. Ou teria me matado ou teria morrido da própria depressão, porque você morre: vai definhando, deteriorando. Quando eu estava lá no fundo do poço, foi Deus quem fazia eu subir. Deus me falava: *minha filha, sobe*. Cara, é essa a imagem: *esse respiro, essa subida*. Aí eu ficava um ou dois dias melhorzinha, tomava banho, comia, rezava. Aí depois vinha o fundo do poço de novo. Foram dois anos assim. Subia e descia, subia e descia, subia e descia. Foi muito brabo. Foi muito brabo mesmo, mas não ficou no concreto. Sabe? As coisas boas ficam no concreto, mas tudo que é ruim vai para o ar. Eu sei que eu tive, eu posso até ter de novo, mas eu não vou ficar vivendo em função daquilo.

Mais uma vez, a interlocutora recorre à metáfora do respiro quando está no fundo do poço: sem a fé, não teria a subida; sem a fé, não teria vida.

O que mais tem é gente para falar: ah, faz uma *forcinha*. Cara, não tem pessoa que faz mais forcinha do que eu! Ela [cunhada] me falou para fazer uma forcinha. Ela quis dizer que eu estava com vontade de ficar desse jeito, sabe? Só respondi: *é, pode ser*. Ela é celíaca, né? Falei: *é, com a sua doença pode ser a mesma coisa, quem sabe? Se você fizer uma forcinha quem sabe consegue comer, quem sabe vai engordar, quem sabe vai se curar*.

Nota-se a inversão que Selma faz sobre a “forcinha” quando dá essa resposta para a cunhada. Faço alusão aos *tweets* já citados do *sheikh* canadense sobre a contradição de nunca ser pedido para a pessoa que quebra a perna para que apenas reze e não consulte um médico, mas que frequentemente são emitidos comentários deste tipo em direção aos que se sentem

deprimidos. Selma faz também a comparação com a dor de cabeça, que é igualmente invisível e impalpável mas que, diferentemente da depressão, ninguém questiona a sua *veracidade*.

“Isso não é nada!”, “é psicológico”, “é só emocional”: frequentemente se busca atestar “a dignidade do sintoma orgânico reconhecível” para apontar “a suposta inverdade do sofrimento psíquico” (Iannini & Tavares, 2021, p. 10). Há mais de um século a psicanálise nos demonstrou que a realidade material, concreta e palpável, não exerce supremacia sobre a realidade psíquica na constituição do sujeito. Aliás, pelo contrário: entre as duas, é a realidade psíquica tomada como decisiva.

Os leigos, que gostam de resumir tais influências anímicas sob o nome de “imaginação” [*inbildung*], costumam ter pouco respeito diante de dores causadas pela imaginação, ao contrário daquelas causadas por ferimento, doença ou inflamação. Mas se trata de uma evidente injustiça; seja qual for a origem das dores, até mesmo a imaginação, as dores nem por isso são menos reais ou menos intensas (Freud, 1890/2021, p. 26).

Selma manifesta seu desejo de que a verdade do sofrimento psíquico seja reconhecida:

Quando eu falo para as pessoas que eu tenho depressão, elas olham para mim e falam: como assim? Gente, não é todo dia que eu tô deprimida, entendeu? Eu tenho umas crises, mas depois que eu saio da crise essa sou eu. Já está mais que comprovado que *ser desse jeito não é porque você quer. Eu não quero*.

Estes dois últimos tópicos merecem um comentário desde um ponto de vista antropológico. Algumas vezes fui indagada por alguns colegas sobre como eu *saberia* que a depressão ou outra questão de saúde mental citada pelas interlocutoras “é de verdade”. O que seria uma *depressão de verdade*? Nesta pesquisa, nunca houve preocupação se as interlocutoras teriam ou não um diagnóstico no sentido formal, entendendo como formal o diagnóstico dado pela medicina, endossados por um código do CID ou do DSM. Assim como entendemos que é muçulmano quem se diz muçulmano, exemplo este que será retomado por Verônica no último capítulo, entendemos que está ansioso e deprimido quem assim se considera. Se uma mulher se diz deprimida, ela está sinalizando que essa nomeação abarca e dá forma ao seu sofrimento: não cabe a mim como pesquisadora questionar essa nomeação em termos de sua *veracidade*

(verdade de acordo com o quê, de acordo com quem, de acordo com qual racionalidade?), mas sim acolher e buscar compreender.

Para esta tese, “é verdade” o que as interlocutoras sentem, contam e compartilham mas, no caso de Selma e de outras interlocutoras, houve um diagnóstico “formal”, o que também é muito bom para pensar.

*Deus diz que ajuda quem se ajuda primeiro. Você tem a sua fé, mas você tem que se ajudar, ir ao médico. Eu me tratei, fui ao médico, fiz a minha parte. Não é sentar e rezar só, não é isso. Uma coisa complementa a outra.* O Profeta Muhammad, que a paz esteja com ele, tomava remédios naturais quando estava doente. Tem relatos do que ele usava, como fazia. Você tem que procurar melhorar, e aí entra a sua fé, sua fé vai te ajudar. De repente só o tratamento não vai melhorar tanto, e também muita fé sem tratamento pode não melhorar. Tem que juntar o melhor dos dois.

Aparece na fala da interlocutora essa relação de complementaridade entre os dois sistemas, o médico e o religioso. Nesse ponto, quando conversávamos sobre a articulação usualmente feita entre médico/oficial/real, relegando o religioso ao extraoficial, invisível e questionável, Selma traz à tona um tema muito interessante, que aparece fortemente na literatura sobre saúde mental em outros contextos islâmicos mencionados anteriormente: os *jinn*s.

Você sabe, tem a possessão por *jinn*s, que é real também. O tratamento é à base do Alcorão, de recitar o Alcorão, até que você eduque aquele *jinn* para ele deixar o corpo da pessoa. Então é diferente quando a pessoa tem o problema da possessão. Por exemplo: se for somente possessão, e você for fazer um tratamento médico, o tratamento não vai dar certo. A diferença está aí. Ou então você está fazendo o tratamento certinho e não melhora nunca, está sempre assim, aí pode ser. Mas aí tem quem sabe fazer, geralmente quem sabe não cobra por isso e não vive disso. *Mas os jinn*s são reais. Deus criou *shaytan* do fogo, os *jinn*s da fumaça, o homem do barro e os anjos da luz. Os *jinn*s são, vamos dizer, como a falange do [exu] tranca-rua, são espíritos que vivem no mundo material. Os *jinn*s vivem aqui no meu quarto, aí com você, em todos os lugares. Você pode mandar o *jinn* fazer mal a uma pessoa prometendo alguma coisa para ele, porque ele tá perdido, tá sem luz. Por isso é bom recitar o Alcorão, porque eles param para ouvir e aprendem. Eles são seres que podem ser tanto bons quando ruins, dependendo do que você pede a eles. Os *jinn*s são como os espíritos, as entidades: têm acesso aos segredos, mas a gente não deve mexer com eles porque você tem que confiar em Deus. Se você prefere confiar nos *jinn*s do que esperar a resposta e os caminhos de Deus, então você não confia em Deus.

Como explicado anteriormente, *jinns* são invisíveis, porém reais, visto que são criaturas religiosamente aceitas. Nesta tese, talvez devido ao contexto brasileiro, as interlocutoras pouco fizeram este *link* entre fenômenos sobrenaturais e saúde mental. Como mencionado no capítulo 2, é comum que muçulmanos atribuam a causa de transtornos e doenças a seres e forças, como gênios, magia, mau-olhado, entre outras: creem que tais fatores podem causar ou piorar sintomas. Selma sugere uma diferenciação entre o que é doença e o que é possessão, mas não coloca uma hierarquicamente acima da outra. Para a interlocutora, tanto o sistema médico quanto o religioso são *reais e igualmente válidos*: a causação por *jinns* é uma possibilidade - uma dentre uma infinidade de outras causas plausíveis.

É curioso como a interlocutora recorre a uma série de comparações com outras figuras que ela considera como “equivalentes” aos *jinns* em outras religiões: o exu tranca-rua, os espíritos e as entidades da umbanda – talvez Selma tenha pensado que aludir a estas figuras mais populares no imaginário brasileiro facilitaria a minha compreensão. Quando vai me contar um episódio vivido por ela relacionado ao uso de magia (*sihr*), Selma novamente mencionará diversos elementos que referenciam outras religiões, como a “macumba”. No capítulo 1, ao citar o trabalho de Montero (1985), apontei que também muçulmanos-as acionam categorias e racionalidades distintas para fazerem a composição de suas narrativas: para além do que é tradicionalmente considerado como “islâmico”, encontraremos fragmentos do discurso médico, psicológico, científico, e até mesmo de senso comum. No trecho abaixo, Selma extrapola essa concepção, mobilizando essas outras religiões para ajudá-la a pensar a magia no Islã.

Dizem que a ex-mulher do meu marido sempre foi de fazer [magia]. Uma vez eu achei, eu estava limpando o sótão e achei uma coisa. Pensei: o que é isso? É *macumba*, né. Todo mundo sempre falou que ela gostava. A gente chama de *sihr*, magia. É um pecado e, se você morre com ele, Deus não te perdoa. Você está colocando Deus de lado, você está tirando o poder de Deus, porque se você quer alguma coisa você reza para Deus. Mas claro que não pode pedir uma coisa ruim para Deus, tipo para Deus matar uma pessoa, ou divorciar um casal. Aí não pode, né? Mas aí quando eu achei eu comecei a fazer súplica, súplica e mais súplica, dia e noite, e Alcorão o dia inteiro, todo dia, o dia todo. Eu falava: ninguém é maior do que Deus. Senhor, Você é maior do que tudo, o senhor é *Akbar*, é o Maior. E é nisso que a gente tem que acreditar, isso funciona e faz

a gente se levantar. A pessoa pode por a galinha preta para você que se Deus fala que não, meu filho, aquilo não vai dar certo. Não vai e ponto.

Selma prossegue:

A gente tem que se guardar porque *o povo só quer ver a caveira da gente*, pouca gente quer ver a gente bem. E aí *as armas da gente são as súplicas e o Alcorão*. Tem uma súplica que a gente faz que a gente pede a Deus para proteger a gente do mal dos *jinns*, dos homens, do mal que a gente faz para a gente mesmo e do mal que Deus criou, que Ele mesmo criou. A gente pede para que ninguém nos faça mal sem a permissão Dele. Porque tem isso, se algo acontece é porque Deus permitiu por alguma razão. Pode até ser para você fazer mais súplicas, rezar mais, ouvir mais o Alcorão, aumentar sua fé. Mas nada acontece sem o conhecimento Dele.

Chama a atenção que a imagem da arma apareça novamente. Após narrar um episódio tão pesado como o de ideação suicida induzida pelas alucinações, episódio que envolvia a visualização de uma arma, Selma opta por ir finalizando nosso diálogo com essa proposta: sua arma para combater todo e qualquer mal são as súplicas e o Alcorão e, de certa forma, o entendimento de que tudo que acontece em sua vida tem um propósito maior.

Eu vou encarando tudo assim, tudo que acontece algum propósito tem. Eu sempre acreditei em Deus e que Ele é o regente da nossa vida. A gente faz as coisas, mas quem programa tudo é Ele. No Islã tem o *jannah* [paraíso], que é para onde todo mundo quer ir para passar a eternidade na paz e na alegria. É lógico que essa vida não pode ser igual o *jannah*, senão não ia ter graça [risos].

Em nosso diálogo, o *sheikh* Bukai me deu explicação semelhante, pois de acordo com ele quem vive essa vida com expectativas de que só encontrará facilidades será frustrado: plena felicidade e abundância só serão encontradas no paraíso. No Alcorão, consta que “os tementes (a Deus), viverão em jardins e em felicidade” (52:17). Na “perfeita felicidade” desses virtuosos, “os corações e as mentes estarão tão purificados, que todos os rancores, ciúmes, ou sensos de injúria passados ficarão obliterados”: “não haverá sentimento algum de porfia ou estafa, e a alegria durará para sempre” (El Hayek, 2009).

O Islã me melhorou muito. A religião foi me ajudando, foi *construindo* uma outra pessoa, uma pessoa mais resiliente. Infelizmente saúde mental continua sendo sinal de frescura e só quem passa por problemas de saúde mental sabe do sofrimento e da dor que é. Muito obrigada por desenvolver essa pesquisa. Que ela sirva para abrir as mentes e os corações para que a ajuda venha.

### **4.3 “A minha caminhada na saúde mental vem desde que eu nasci”: TDAH, construção de identidade e saúde mental na infância e na juventude**

Em 09 de maio de 2022, o portal *GI* noticia que “jovens 'sem religião' superam católicos e evangélicos em SP e Rio”<sup>55</sup>. O dado foi informado através das primeiras pesquisas Datafolha relativas às análises eleitorais de 2022 - devido à pandemia de Covid-19, o censo previsto para 2020 não pôde se realizar, tendo a coleta de dados sido reagendada para o segundo semestre de 2022. No Censo de 2010, os que se declaravam “sem religião” compunham 8% da população brasileira, um percentual que vem crescendo a cada década e parece ser particularmente significativo entre os jovens: de acordo com a sondagem supracitada, entre eles tal percentual chega a 25% em âmbito nacional.

Quando li esta reportagem, fiz um retrospecto da minha presença em campo nos últimos anos e refleti sobre como os jovens muçulmanos pouco têm aparecido nos estudos, embora sejam numerosos e possuam visibilidade na comunidade: organizam festas e eventos, frequentam acampamentos islâmicos, fazem parte de centros acadêmicos. De acordo com Bayat (2010), embora muito se fale e se escreva sobre temas que se relacionam diretamente às suas vidas - como sexualidade, violência, educação -, na maior parte das ocasiões os jovens são mencionados apenas superficialmente. Não é o que acontece nessa pesquisa: ao perceber que a idade média das interlocutoras com as quais tinha conversado até então girava ao redor dos 40 anos de idade, fiz intencionalmente um convite para Laura – uma jovem muçulmana de 25 anos, que também é brasileira, porém nascida em uma família de origem árabe.

Sabe-se que têm sido os jovens próximos dessa faixa etária o grupo que têm tido sua saúde mental mais afetada nos últimos tempos. Em pesquisa realizada pelo Ipec (2021), constatou-se que “metade dos jovens de 18 a 24 anos classificam a própria saúde mental como

---

<sup>55</sup>Ver <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/05/09/jovens-sem-religiao-superam-catolicos-e-evangelicos-em-sp-e-rio.ghtml>. Acesso em 09 mai. 2022.

ruim”<sup>56</sup>, o que põe em evidência a vulnerabilidade desse segmento. Dados da OPAS (2018) subscrevem que “metade de todas as condições de saúde mental começam aos 14 anos de idade, mas a maioria dos casos não é detectada nem tratada”, o que faz com que suas consequências “se estendam à idade adulta, prejudicando a saúde física e mental” destes jovens, bem como “limitando suas futuras oportunidades”. Cruzando tais achados com os marcadores da presente pesquisa, é patente que a juventude muçulmana enfrenta ainda desafios específicos, relacionados à pertencimento, identidade e relações de gênero (Ahmed & Ezzeddine, 2009).

Como veremos ao longo desta seção, Laura não é nenhuma exceção aos dados referenciados: ela muito tem o que compartilhar conosco acerca de suas experiências concernentes à saúde mental, tema que a acompanha desde a mais tenra infância. No entanto, quando consideramos o exposto até aqui sobre as dificuldades que a comunidade muçulmana possui no trato com a saúde mental, ela é sim um “ponto fora da curva”, como ela mesma se denomina: sente-se privilegiada por ter nascido em uma família que aprendeu, ainda que a duras penas, a dar valor ao cuidado com a saúde mental – o que, como visto, está longe de ser tangível à maioria das famílias muçulmanas.

Laura então nos conta sua história com a saúde mental, que começa, em realidade, na geração anterior de sua família, com sua mãe. Em determinado ponto da narrativa, Laura evidencia que entende sua história como uma continuidade da história de sua mãe, tanto pela carga genética atribuída às questões de saúde mental, como pela influência do ambiente familiar sobre a socialização, os afetos, e o desenvolvimento em geral.

A minha mãe teve depressão pós-parto. Do primeiro filho, no caso meu irmão. Quando o meu irmão nasceu ela teve essa depressão. E ela queria ir embora, ela queria voltar para o Líbano, *para o país dela*, porque ela não tinha familiares aqui. Ela estava super desamparada. Mas aí teve o filho. Por que socialmente somos o quê, né? Somos mulheres, de famílias de bem [*risos*]. Então tem que manter, né? Tem que manter aquele núcleo familiar intocável [*risos*]. Então ela ficou.

---

<sup>56</sup>Ver <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/metade-dos-jovens-brasileiros-relata-problemas-de-saude-mental-1-25180200>. Acesso em 02 set. 2021.



Nota-se que, nos bastidores do sofrimento profundo vivido pela mãe de Laura, estão questões relacionadas à imigração: à falta de uma rede de suporte em um país desconhecido, onde os vínculos ainda não foram estabelecidos, e à adaptação a um novo estilo de vida, hábitos, costumes. Laura deixa nas entrelinhas que a mãe opta por permanecer no Brasil mais levada pela força do que era esperado dela do que pela própria vontade: fala mais alto a obrigação de ser uma boa esposa, uma boa mãe, uma mulher de “família de bem”, que deve ter como prioridade a preservação do núcleo familiar recém-estabelecido pelo vínculo do casamento e da maternidade. Por isso, a decisão de ficar no país em nada amenizou o sofrimento de sua mãe.

Laura continua:

Ela ficou, mas com muito sofrimento, muitas coisas, como o TOC [transtorno obsessivo-compulsivo]. E tudo foi se agravando cada vez mais, ela usando medicamento. E aí ela me teve. E quando ela me teve, ela não teve a depressão que ela teve com o meu irmão, mas fez voltar à tona toda aquela carga emocional que a fazia pensar em voltar para o Líbano, em largar tudo. Ela converteu aquilo em força, mas ela ancorou toda a força dela no meu irmão. Então assim, querendo ou não, é uma relação até um pouco mais intensa que o normal. Eu não diria abusiva. Se bem que, se a gente for pensar em uma mãe narcisista, diante de um quadro depressivo, enfim, talvez seja.

Por ver a mãe colocar “toda a sua força” sobre a figura do irmão – pois “*tudo é ele, ele, ele*” -, Laura achava “que não era tão amada”, pois se sentia “sempre meio deixada de lado” quando comparava a diferença de trato entre ela e o irmão. Neste ponto, ela faz uma digressão para comentar sobre o “fardo” que o homem muçulmano carrega, peso sobre ele colocado tanto pelas obrigações religiosas quanto pelas exigências da cultura árabe, algo que seria maléfico tanto para os próprios homens, como para as mulheres que os cercam. Laura não culpabiliza os sujeitos: crê que ela, sua mãe e também seu irmão sofreram todos com as consequências de um machismo estrutural, que a interlocutora faz questão de esclarecer que não é exclusivo da religião islâmica, nem da cultura árabe.

A gente tá falando de um irmão, homem, mais velho. Então a gente tá falando de uma imagem que você sem dúvida explica com dez mil autores [risos]. Freud, ou sei lá mais o quê! [risos]. Principalmente na nossa comunidade, você sabe. Falam que a nossa comunidade é machista. Não, amor! *O mundo é machista*. O mundo é assim desde que o mundo é mundo e desde que o homem é homem. Então nem entro no mérito de

religião, mas claro que a cultura tem isso embasado, como se isso fosse justificado, entre aspas, pela religião. *Colocam esse endeusamento aí no homem, no filho primogênito, no masculino, como se eles fossem os donos da coisa toda. Então, querendo ou não, fui me sentindo de lado. Foram me deixando de lado.*

Laura (se) pergunta: “mas por que é que eu acho importante falar isso?” - e então começa a amarrar as pontas da sua narrativa:

Acho importante falar isso porque quando perguntam as coisas para a minha mãe de quando eu era pequena, ela não se lembra. Na maior parte do tempo, ela estava doente, ou estava cuidando do meu irmão, e meu pai estava cuidando dela. *Tudo isso para dizer que a minha caminhada na saúde mental vem desde que eu nasci.* Então existe toda uma história e uma trajetória. Quando eu nasci a minha mãe já fazia tratamento e a gente sabe que a infância é um momento crucial, que a criança está formando a personalidade dela, a identidade dela. *Muito da mulher que eu sou hoje sem dúvida alguma é a criança que eu já fui, né.*

No excerto acima, a jovem evidencia o emaranhamento de sua história à da sua progenitora: entende, compassivamente, que “foi deixada de lado” porque a mãe estava em sofrimento, mal conseguindo cuidar de si mesma, assim isentando-a de culpa. No entanto, Laura também sabe que teve uma infância turbulenta, e que isso exerceu impactos sobre sua personalidade e sua identidade. Quando Laura menciona que a mulher que é hoje é consequência da criança que foi um dia, imediatamente me vem à mente uma afirmação freudiana que, a meu ver, resume com maestria uma das ideias centrais do paradigma psicanalítico: “a criança é psicologicamente o pai do adulto”, dizia Freud; “e as vivências de seus primeiros anos são de uma significação inigualável para toda a sua vida posterior” (Freud, 2014, p. 117).

É sabido que a psicanálise dá primazia à infância, entendendo que os registros das primeiras relações estabelecidas, dos cuidados recebidos e da resolução de conflitos atuam sobre a constituição da subjetividade e o desenvolvimento da personalidade, discurso reforçado pela interlocutora: “as pessoas acham que isso não é tão importante, mas é óbvio que é importante”. E prossegue:

Mas enfim, eu sempre fui essa criança meio deixada de lado, e tanto o meu pai quanto minha mãe são de famílias muito grandes e que não tinham condição financeira. Meu

pai trabalha desde cedo, minha mãe trabalhava na roça desde cedo. A demonstração de afeto dos meus avós era diferente da demonstração de afeto que a gente conhece hoje. Então meus pais só reproduziam com a gente aquilo que eles tinham recebido. Não quer dizer que eles não me amavam de fato, mas a forma de demonstrar era tipo assim: meu pai comprava o iogurte que eu gostava, entendeu? Aquela era a forma dele de falar que me amava. Hoje é claro que eu tenho consciência disso. Mas bom, disso você já vê um padrão ali, você já consegue visualizar todo um padrão psíquico, psicológico, e de comportamento. A gente consegue entender, por exemplo, porque talvez o meu irmão tenha tanta ansiedade, tanta cobrança. Ou então porque meu pai tem tanta dificuldade de demonstrar afeto. As expectativas colocadas sobre os ombros de ambos, a questão do homem não falhar, do homem não abaixar a cabeça. Eles precisam muito trabalhar isso da masculinidade. Claro que o seu foco são as mulheres, mas e os homens? Por que eles se veem na necessidade de provar sua virilidade? De serem os provedores? Tudo bem que Deus, O Altíssimo, colocou isso na obrigação do homem, mas hoje nada impede a mulher de ajudar seu marido. São parceiros! Se ela ganha mais do que o homem, por que isso fere tanto?

Assim como sinalizei ao final do mestrado sobre sexualidade no Islã, Laura se junta ao coro e também realça a importância de que uma pesquisa sobre saúde mental seja conduzida junto aos homens muçulmanos: é preciso atentar para o impacto exercido pelas exigências relativas à masculinidade ideal islâmica e para como tal ideal reverbera nas relações destes homens com as mulheres muçulmanas. Além disso, por meio de um exemplo que ela própria menciona com uma certa banalidade – *“meu pai comprava o iogurte que eu gostava, entendeu?”* -, Laura nos dá pistas importantes de como a afetividade, a sociabilidade, e a própria noção de cuidado podem ser enquadradas de maneiras muito distintas quando falamos de culturas que privilegiam aspectos mais práticos da vida em coletividade, em detrimento dos mais subjetivos.

Nas palavras de Laura, esse olhar compassivo que ela tem atualmente sobre os seus pais, e sobre si mesma, é fruto de “anos de terapia” – ou décadas, visto que Laura se considera como uma pessoa *“psicoterapeutizada”* desde a infância. Por ser filha de uma mãe diagnosticada com TOC, também ela foi impelida pelo ambulatório que sua mãe frequentava a fazer um acompanhamento:

Minha mãe fazia parte de um ambulatório do hospital, e eles tinham uma pesquisa sobre filhos de pacientes com TOC, para ver como isso repercutia nos filhos, se tinha alguma coisa a ver. Bom, na época eu era revoltada, eu falava que eu era ratinho de laboratório

[risos]. Mas hoje eu entendo a importância [risos]. Mas bom, daí eu entrei nessa pesquisa e comecei a fazer o acompanhamento. *Com 14 anos eu já tomava remédio e já fazia terapia cognitivo-comportamental*. Ah, tive também a chance de fazer terapia em família. Minha mãe não participou de nenhuma sessão, mas foi quando eu descobri que meu pai me amava, que meu irmão me amava, que eu sou importante [emocionada].

Mas, até atingir tal compreensão de que era amada e importante, o sentimento de inferioridade e a baixa autoestima influenciaram outras esferas e processos de sua vida, para além do núcleo familiar. Entre eles, está um dos mais significativos na vida de um infante, que terá relação direta com o cerne da narrativa de Laura daqui em diante: o processo de aprendizagem durante a fase escolar.

Eu sempre fui aquela criança na escola que estuda e não consegue ir bem. Eu era aquela criança avoada, que não terminava uma prova. Que era burrinha, que era a coitadinha, que ninguém gostava dela. Eu sofri muito *bullying* na escola porque sempre fui uma criança com muita dificuldade. Dificuldade de aprendizagem mesmo. Mas até eu compreender que era uma questão de aprendizagem, eu achava que eu era o quê? Que eu era boba, que eu era burra, que eu era menos, que eu era feia, que eu era chata, que eu não merecia tal coisa, que eu era um peso para os meus pais. Isso eu tô falando de uma criança de dez anos. Eu era uma criança que sempre sentia dor de cabeça, que queria ir embora da escola, que tinha muita dor de estômago. Sabe? *Eu era uma criança com vários sintomas*. E assim, frustração, inferioridade também. Eu cresci com essa insegurança: eu não sou ninguém, eu não sou importante, eu não sou capaz. Eu pensava: só existe meu irmão, eu tenho que ser igual a ele. A minha meta de vida, a minha régua, era ele. Para ter o amor dos meus pais, ele era o padrão. Se minha mãe ama tanto ele, então eu tenho que ser assim como ele também.

“Padrão”: ainda muito pequena, a interlocutora já havia percebido que o mundo ao seu redor impunha determinadas referências do que era melhor, correto, adequado. No excerto acima, Laura destaca que o irmão era “a régua” que ela utilizava para medir o amor dos pais por ela. Conforme vai crescendo, Laura esbarra em outras normas a lhe rodear: qual deveria ser o comportamento adequado na escola, qual o ritmo ideal de aprendizagem para uma criança de sua faixa etária.

E aí fui crescendo. Eu nunca repeti de ano, mas sempre fiquei de recuperação, não passava direto em nada. Aí eu já ia na psicóloga porque falavam: meu, o que é que essa menina tem de errado? Essa menina estuda e não consegue ir bem, essa menina só chora, essa menina não quer ir para a escola, tem medo das pessoas, batem nela e ela não reage. *Então qual é o problema dela, né?* Assim foi indo, mudei de escola e blá blá blá.

Retoma-se aqui a ideia tão arraigada de que alguém que pensa ou age fora de um padrão pré-estabelecido é um indivíduo que tem um “problema”. Mais do que isso: ele “é” o problema, personificando-o. Nesta perspectiva individualizante, se algo não vai bem, é o sujeito o responsável por isso. Como “não reage” de acordo com as expectativas; como “estudava e não conseguia ir bem”, ou seja, apresentava um desenvolvimento escolar diferente do que esperavam dela, Laura passa a ser vista como um “problema”. Perguntam: “o que é que *essa menina* tem de *errado*?” – ignora-se a rede composta pelo seu histórico de vida, seu ambiente, seu entorno e as demais circunstâncias que a rodeavam. A presença da psicologia neste seu momento de vida resumia-se, pois, a um “ajustamento”. O tempo passa, outros desafios vão se somando, e a dificuldade persiste:

Daí com dezesseis anos eu me formei no ensino médio e eu já fui para o cursinho. Eu falava: quero ser médica. Fiz um ano de cursinho e nada, aí fiz o segundo ano e nada, terceiro ano de cursinho e nada. No terceiro ano eu tive um surto, fui parar no hospital porque tinha parado de tomar os remédios. Eu falei agora chega, já deu. O cursinho é a única coisa que eu faço, eu me esforço, e eu não tô conseguindo, acho que é hora de desistir mesmo. Aí eu parei de tomar remédio, entrei em um surto. Fui para o ambulatório psiquiátrico, e depois voltei pro cursinho como se nada tivesse acontecido.

Sinto-me tocada pela afirmação de Laura sobre se “esforçar” e não “conseguir” atingir sua meta, uma alusão direta ao discurso meritocrático, marcado pela individualização do sucesso e do fracasso: se ela se esforça tanto e não consegue, entende que a derrota deve ser única e exclusivamente atribuída a si mesma. Nas palavras de Laura, era inaceitável a constatação de que passou um grande pedaço de sua adolescência “abdicando de tudo” em nome dos estudos e ainda assim não ter obtido a desejada aprovação.

Eu falava assim: ou eu sou burra mesmo, mediana, e eu tenho que aceitar a minha limitação, ou tem alguma coisa a mais aí. E eu pensava: *espero Deus que tenha sim alguma coisa [risos]. Porque se não tiver, meu, não sei o que eu vou fazer*. Camila, juro, eu não sei explicar, eu espero que você confie na minha palavra, mas vinha uma coisa de dentro de mim falando: não sou eu. Sabe? Porque se eu pudesse me poupar de todo aquele sofrimento, pode ter certeza que eu teria me poupado! Da humilhação de falarem: meu, não é pra você esse curso, escolhe outra coisa, já deu, chega. Você tá fazendo cursinho, gastando muito dinheiro. Você precisa trabalhar, você não vai casar? Eu era bombardeada a todo momento. Daí no quarto ano de cursinho, eis que um anjo, minha amiga, vira para mim e fala: eu acho que você tem TDAH, cara. Vai na neuropsicóloga.

E aí, como falar disso aqui em casa? Como assim neuropsicóloga? Você já vai no psiquiatra, na psicóloga, o que mais que você quer? O que você precisa é estudar, tem que se esforçar, e toda aquela coisa em cima de mim. Mas eu fui. E aí veio o meu resultado lá da neuropsicóloga: *99% TDAH*. Impulsividade, temeridade, insegurança, dificuldade de se ver mais para a frente, tudo. Então eis que eu fui descobrir anos depois que eu tenho TDAH. *Sou um caso de TDAH clássico, um caso de livro!* [risos]. Mas eu só fui descobrir quando eu estava no cursinho. Descobri então que, na verdade, eu era uma criança com TDAH não tratado. E com o TDAH vem também outros sintomas, né: ansiedade, depressão também. *Então, quando eu recebi o diagnóstico, foi um alívio. Um verdadeiro alívio.*

De acordo com o DSM, o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento marcado por um grau variável de desatenção e desorganização, que pode vir acompanhado pelo componente da hiperatividade ou impulsividade. Usualmente, manifesta-se em idade escolar, mas persiste na vida adulta, tendo como consequência significativos prejuízos sobre o desempenho acadêmico e as relações sociais e afetivas. Apesar de não haver cura, recomenda-se fortemente o engajamento no tratamento ofertado, que consiste em psicoterapia e prescrição medicamentosa.

Dentro deste panorama, o diagnóstico de TDAH é sentido por Laura como alívio, uma atenuação do fardo do destino (Lingiardi, 2021). A interlocutora constata que não era ela “o problema”, mas sim o TDAH – coloca o transtorno como algo que lhe é externo, que escapa do seu controle e da sua vontade. Em suas palavras, neste momento ela percebe que não era a “burrice” que a impedia de conseguir a aprovação no vestibular, mas sim uma dificuldade que lhe foi imposta por um “transtorno” até então não tratado, este sim o obstáculo: livrando-se desse bloqueio, a interlocutora compreende que retomaria o fluxo “ideal” de aprendizagem, e conseguiria atingir seus objetivos.

Eu saí da neuro, nossa, eu lembro da cena, eu saí da neuro e liguei pra minha mãe. Falei: *mama, eu não sou burra, eu tenho TDAH!* [risos]. *Então foi um alívio ter o transtorno, saber que eu tinha algo. Que não era da minha vontade, que não estava sob o meu controle.* Foi um alívio para mim. Pensei: pronto, agora vai! [risos].

E, de fato, “foi”: Laura conta que iniciou o tratamento e, ao final do ano seguinte, ingressou no curso superior desejado.

Eu comecei a tomar o remédio, né? E tive todos os efeitos colaterais possíveis. Eu fiquei mais depressiva. A ritalina tem uns efeitos absurdos, taquicardia, eu desmaiava no cursinho. Enfim. Mas no final do ano eu subi vinte pontos no vestibular, então foi ótimo. Eu nunca tive aquela visão de que, ah, o remédio vai me salvar, mas vai me ajudar a melhorar para eu conquistar isso. No ano seguinte passei! Eba, fogos! [risos].

Apesar da euforia com o diagnóstico, Laura, assim como outras interlocutoras desta tese, aponta que o diagnóstico não é um fim em si mesmo, mas sim parte de um processo, ou até mesmo um começo de uma nova jornada que se desvela a partir dele:

Só que assim, até então, até chegar ao diagnóstico, eu era uma mulher normal. Eu tinha 21 já, 21 ou 22. Então para mim foi uma descoberta, um autoconhecimento. Ai beleza, eu consegui passar [no vestibular], mas ainda era uma batalha contra mim mesma. Aceitar que tudo bem você errar, tudo bem você ter o seu tempo, tudo bem você falar coisas que parecem sem sentido e que na sua cabeça já tá pronto. Eu fui entendendo que *tomar remédio, para mim, era qualidade de vida*. Tratar o TDAH não era só passar na faculdade. Aquilo não ia resolver minha vida, embora naquele momento parecesse que ia. *É muito mais sobre quem eu sou: eu como mulher, eu como pessoa, eu me reconhecendo. É a Laura que tem o TDAH, tem a depressão, tem o TOC, tudo junto*.

Laura alude a este percurso como uma jornada não apenas de conhecimento, ou de autoconhecimento, mas de *reconhecimento*: parte de um entendimento de que ela, como mulher, como pessoa, não pode ser reduzida a sintomas e diagnósticos, mas que o TDAH, a depressão e o TOC fazem, de acordo com ela, “parte de mim, da composição de quem eu sou” - “hoje me reconheço e me afirmo, falo com convicção: é isso, faço terapia, tomo remédio, e se acha ruim o problema é seu [risos]”.

Nesta estruturação de si, Laura traz novamente à cena sua família e sua religião:

Por isso eu falo que sei que a vivência que os meus pais tiveram, minha mãe com depressão naquela época, pô, quase trinta anos atrás. Querendo ou não, eu sou super privilegiada. Em meio à aversão que muitos da comunidade muçulmana têm em relação à figura do psicólogo, meus pais me levaram ao psicólogo, souberam reconhecer.

Laura está ciente da importância de ter pais esclarecidos sobre saúde mental para que ela tivesse acesso a um tratamento adequado. Como mencionado na abertura, Laura sabe que ela e sua família são um “ponto fora da curva” e, também por isso, afirma ser grata a Deus por ter “preparado” esta família para ela, pois nasceu “em um meio em que a saúde mental era uma realidade, uma necessidade”.

Então hoje eu consigo falar disso porque foi muita terapia. É muita terapia até hoje, na verdade. E eu consigo enxergar isso. Quando chegou minha vez, meus pais já eram esclarecidos nisso tudo. *A terapia proporcionou várias descobertas na minha vida, o que foge totalmente do padrão nas famílias árabes, que é a negação. Negar, abafar, fugir, jogar para debaixo do tapete.* Dizem que é falta de Deus, mandam você ir rezar, ir falar com o *sheikh*. Meu, é um pensamento suicida isso. *Já escutei muitas coisas de líderes religiosos e de outras pessoas, isso de dizer que é falta de religião.* Como se te reduzissem a isso, como se toda a sua fé se reduzisse àquele momento de fragilidade, àquela necessidade sua. E nós somos muito mais do que isso! Só que assim, até você ter essa consciência, *quantas vezes eu já chorei achando que Deus não me amava?* Eu até falo para o meu psiquiatra: se eu não tivesse a minha fé, nada mais faria sentido para mim. Não seria a medicina que iria me segurar no mundo. Então, tipo, essa coisa de: ah, é questão de coragem, coisa e tal. Sabe? É uma coisa meio picareta. Como falei, a nossa comunidade é extremamente machista. Utilizam da religião, do Alcorão, do caminho, dos ensinamentos do Profeta, para justificar uma atrocidade, uma violência. E acham que violência é só violência física, ou verbal. É alienação isso. Quanta prepotência! Usar o Alcorão para falar isso com convicção [que é falta de fé]. Gente, acho que eu sou louca. Se é assim, sou louca mesmo [risos].

Laura endossa o discurso de outras interlocutoras, como o de Selma, ao destacar que ainda prevalece na comunidade muçulmana uma tendência a negar a importância da saúde mental, seja por estigmas ou puro desconhecimento, reduzindo-a a uma questão de força ou fraqueza de fé. Por isso a insistência das mulheres e da profissional de saúde mental na necessidade de psicoeducação da comunidade: é preciso que as pessoas recebam informações confiáveis e de qualidade para que expandam seus horizontes, entendendo a fé como uma possível aliada, mas não como fator exclusivamente determinante da saúde mental de uma pessoa.

A questão é: não podemos nos vendar. Não podemos fingir que está tudo ótimo, que basta rezar e tal. Se Allah nos deu a inteligência, é também para questionarmos. A comunidade tem dado uma resposta mais positiva pra este assunto [da saúde mental]. Está mais receptiva, eu diria. Esse engajamento não tem muito resultado ainda, mas é aquela sementinha que tá germinando, né. Vai demorar. Uma tamareira, por exemplo, precisa de sei lá quantos anos para dar uma tâmara. Mas ela está lá, sabe? Então é muito legal ver isso, profissionais da área da saúde, psiquiatras, psicólogas, mulheres, homens, quebrando esse estigma.

Laura faz menção ao famoso ditado árabe “quem planta tâmaras não colhe tâmaras”, cuja mensagem implícita é a de que nem sempre colhemos o resultado das ações que praticamos, do bem que fazemos: antigamente, uma tamareira levava aproximadamente cem



anos para dar seus primeiros frutos. Assim, a interlocutora sinaliza que o que um planta hoje pode demorar para dar proventos, mas que no futuro alguém fará essa colheita e será beneficiado pela semente que foi plantada hoje: uma necessária retroalimentação que impulsiona a saúde mental ao patamar de tarefa coletiva.

Se tem sido promissor, se existe um progresso [sobre saúde mental dentro da comunidade], é justamente pela nossa geração. Da geração que vem aí, da geração que está se engajando em uma graduação. Uma palestra ou um *post* atinge pouquíssimas pessoas. Mas atinge! Se aquela pessoa levar aquele conteúdo para dentro da sua casa, talvez vai olhar sua mulher de forma diferente, vai ver aquela criança de forma diferente. E vai entender porque ela age dessa forma, tem aquele tal comportamento. Sabe aquela coisa de que mudar o mundo é muito difícil, mas que você pode começar pela arrumação do seu quarto? É *cliché*, mas é verdade. Se no seu meio você conseguir levar o assunto para dentro da sua casa, talvez um pai comente com um amigo, talvez um irmão fale sobre isso com a esposa, e assim aquilo vai disseminando.

No excerto acima, Laura traz à tona o fator geracional para evidenciar o papel deste segmento jovem na comunidade. Em certo sentido, sugere que os jovens têm a obrigação de beneficiar a comunidade com o conhecimento advindo de seus estudos acadêmicos. Laura reforça os impactos dessa diferença geracional no entendimento sobre a saúde mental quando traz o exemplo dos *sheikhs* que, de acordo com ela, “fazem parte de uma geração que são os mais velhos, dentro de uma mentalidade que a gente sabe que é muito mais fechada quanto à saúde mental”, não por “má vontade”, mas porque “não foram ensinados” sobre isso. Cabe aos mais jovens, portanto, assumir o compromisso de repassar tal conhecimento para as gerações anteriores:

Então a saúde mental na comunidade tem sido mais presente, mais citada. Mas ainda precisa achar o jeito de falar. É culpa dos líderes religiosos? Não, eles não foram ensinados. E muitos jovens não têm paciência para ensinar. É um trabalho cansativo, árduo, e que não dá retorno, que não é reconhecido. Mas é necessário. É como quando a gente lida com uma criança com TDAH, ou com espectro autista, que você tem que ensinar brincando, de forma lúdica, sabe? É aquela coisa, tem que mostrar. Tem que falar: olha, veja bem, o Profeta Muhammad falou tal, tal e tal. O que a gente tira de aprendizado disso? Ou, *ah, a depressão, na época não existia isso com esse nome, mas isso não quer dizer que não exista hoje*. Ah, você tem TDAH? Ah, você tem TAG? Ah, você é autista? *Não, não é falta de Deus, não basta orar*. Sobre o TDAH, o entendimento deles é tipo zero, né? [risos]. Eu tinha que dar uma aula de neurologia. Por que você toma remédio, o que é TDAH? Aí eu explicava, que era a dificuldade de prestar atenção. E assim vai.

Para Laura, a tarefa das novas gerações é a de fazer um “beabá” da saúde mental junto aos demais muçulmanos. Os jovens precisam se engajar: podem dar sequência à tradição, mas também fazer avançar as discussões que, a longo prazo, serão frutíferas para a comunidade como um todo. É o que Laura espera: como futura profissional de saúde, quer mostrar para as pessoas que “medicina, psicologia e religião podem caminhar na mesma direção”, pois “as coisas se alimentam, elas se justificam”, diferentemente do que muitos supõem. Laura diz que o “tom de fofoca” em relação a quem está em sofrimento psíquico deveria ser substituído pelo acolhimento dos “irmãos e irmãs” muçulmanos-as.

Aí você pensa: meu Deus, como eu não fui capaz de enxergar o sofrimento do outro que precisava de ajuda? *É uma comunidade muito egocêntrica, que vive muito de aparências. É tipo uma cidade do interior. É tipo lá em Pirapozinho, que tem a casa do prefeito, a igreja matriz e acabou, sabe? [risos]. Que tem várias casas em volta e que todo mundo se conhece? É isso. A pessoa tem medo de repressão, medo de não ser aceita.*

Neste ponto, a interlocutora faz uma autocrítica e um desabafo, reconhecendo os medos de “não ser aceita” que habitam nela própria. A jornada de “ser ela mesma” passa pela descoberta, reconhecimento e manejo do TDAH e outros transtornos, mas não apenas: passa também pelo reconhecimento de ser uma jovem muçulmana, vivendo dilemas relacionados à identidade, gênero, sexualidade:

Medo de não ser aceito. Eu me vejo nessa sabotagem, querendo ou não. Por exemplo, eu. Eu tenho 25 anos. Será que a minha aparência é agradável, está de acordo com o padrão? Sou feia? Sou chata? Como é que fica a minha autoestima? Como é que fica a minha insegurança? Eu tenho que ser de determinada forma porque quero casar um dia? Porque eu quero casar com um homem muçulmano, casar com um homem religioso. Será que eu sou religiosa o suficiente, será que eu estou fazendo tudo certo? Meu, é um monte de coisas, uma coisa puxa a outra, é complexo. *Isso mexe com a autoestima e, conseqüentemente, com a saúde mental.*

A interlocutora traz as particularidades de ser uma mulher muçulmana jovem, solteira, destacando os abalos na autoestima (será que alguém me acha bonita, inteligente; será que alguém “vai me querer”) e as tensões relacionadas à sexualidade e sua relação com a saúde mental (como fica a saúde mental de “uma mulher solteira, que escolheu se guardar”; “uma

mulher que tem vontades, mas ao mesmo tempo é uma mulher que se priva do contato masculino”).

Sexualidade e saúde mental são assuntos intocáveis em muitas casas, em muitas famílias, em muitas religiões. Eu aprendi a falar sobre sexualidade. Ainda tenho dificuldade? Ainda tenho dificuldade. A faculdade me ajudou a ver isso de uma forma médica, mas não quer dizer que não haja insegurança, frustração e sofrimento. As pessoas falam para mim assim: você é religiosa, logo é uma folha em branco. Ah, para com isso. *Eu não sou uma folha em branco! Eu sou uma mulher, com pecados, com defeitos, com desejos, sempre em busca de ser uma muçulmana melhor.*

“Não somos uma folha em branco”, nem mesmo em matéria de sexualidade. Se retomarmos a visão freudiana e a ampliação que deu ao tema, assumimos que somos seres sexuais, que vivem a sexualidade desde o nascimento: uma sexualidade distinta da genitalidade, que se inscreve em nós muito antes da puberdade, muito antes de uma primeira relação sexual enquanto conjunção carnal. Desde este ponto de vista psicanalítico, somos seres não apenas possuidores de uma sexualidade, ou meramente atravessados pela sexualidade, mas temos nossa subjetividade constituída por ela.

Laura frisa a importância do tema da sexualidade na vida das mulheres jovens mas, simultaneamente, emite um alerta importante para os profissionais de saúde mental: estes precisam abrir mão das suas padronizações para entender que há diferenças e sutilezas que devem ser levadas em conta no atendimento a um-a jovem muçulmano-a.

Quando estou falando de libido com um psicólogo ou psicóloga, e ele ou ela vira e fala assim para mim: ah, vai, testa, tenta, experimenta. Você vai acabar com a minha cabeça! Tive profissionais pelos quais passei que de fato tinham um interesse, tinham um cuidado, mas muitos não têm um interesse de compreender como é. *Infelizmente tem profissionais que se colocam por cima, colocam suas opiniões, e quando você é pequena você não sabe diferenciar se é opinião dele ou se ele está traduzindo o que você está querendo dizer. Isso é um super nó, daqueles que você tem que cortar com a tesoura. Não vai desatar. Vai ter que resignificar, elaborar, enfim. Eu nunca vou esquecer uma terapeuta que falou para mim que só se vive uma vez, que você pode tomar suas decisões, mas tem que ter consciência das consequências. Ah, muito fácil falar, né? Óbvio. Como eu não pensei nisso antes? [risos]. É fácil falar em viver os desejos, viver as vontades. Mas não tem como você falar certas coisas para uma mulher muçulmana. Você não vai chegar para ela e falar para ela fazer [sexo], que é só usar preservativo e pronto. Você agride, você atropela. As coisas não são assim tão simples. Mas o profissional nem sabe disso.*

Laura critica veemente os profissionais que são descuidados em suas intervenções: por vezes, há um abismo entre desejos e consequências. Como trabalhado em oportunidades anteriores (Paiva & Barbosa, 2017; Paiva, 2018), o Islã preza pela cautela, não devendo o muçulmano se “render” aos seus desejos, dado que o desejo desenfreado é entendido como ponto de origem do sofrimento humano (Siddiqui, 2021, p. 22).

Em nenhum momento Laura se opõe às prescrições religiosas islâmicas, mas coloca-nos uma reflexão sobre os seus efeitos psicológicos. Para isso, dá como exemplo o uso do *hijab*, que ela adotou em sua adolescência: como fica “a cabeça” da jovem muçulmana ao assumir o recato e a modéstia em uma fase marcada por mudanças e descobertas que deixam-na “fervilhando”? A interlocutora amplia a questão para além de si, mas segue no exercício de elencar as tensões existentes entre ser jovem, muçulmana, nascida no Brasil, mas em família de origem árabe, e como conciliar – e elaborar - todas essas pertencas frente às experimentações, pressões e inquietudes típicas da juventude:

Existe uma dualidade de viver o Oriente dentro de casa, e fora de casa você viver o Ocidente. A família do meu pai, os meus tios, eles não são muçulmanos, eles são libaneses. As minhas primas, eu via elas no Ano Novo. A gente não comemora, mas é um momento nosso de celebração familiar. E aí eu via elas de biquíni, via primo meu tomando cerveja. Por isso ele não é bom? Ele é menos do que eu? É meu primo! Por que minha prima pode namorar e eu não, se a gente tem a mesma idade?

Mesmo segura de sua fé, Laura aponta ser psicologicamente desafiador crescer em um ambiente no qual seu entorno adota modos de vida por vezes muito discrepantes da sua realidade. Para Laura, a religião “é conforto, é acolhimento, é colo, é carinho, é beijo, é abraço, é demonstração de amor” – mas é, também, um “convite à reflexão”:

*A religião é sensível. É um convite à reflexão: já parou para pensar naquilo? Enquanto continuar esse embate, essa culpa de que saúde mental é falta de religião, como se um fosse a causa ou consequência do outro, cara, nós não vamos avançar. Vamos andar para trás. A questão não é o conhecimento em si, mas o uso que se faz dele. Por isso é fantástico o seu trabalho, Camila. Quantas histórias inexploradas não existem por aí por falta de escuta? E isso vale para a saúde mental. A pessoa fica meio receosa porque ninguém nunca estendeu a mão para ela e falou: olha, eu tô aqui pra te escutar, pode falar, simplesmente fala, sem medo de ser julgada. Então eu queria mesmo agradecer*

pelo seu trabalho. Saiba que para as mulheres, apenas por estarem falando com você, e sendo ouvidas por você, isso já é imenso.

#### **4.4 Encontrar-se no Islã, (des)encontrar-se na maternidade: temas sensíveis, estupidamente humanos**

Paula, assim como Ângela, foi uma das interlocutoras que dialogaram comigo na pesquisa de mestrado. Na nossa conversa em 2018, o tópico relativo à saúde mental apareceu logo nos primeiros minutos: ao narrar a sua história com o Islã, iniciada sete anos antes, Paula se referiu ao fato de que naquela época “estava depressiva demais, depois tive síndrome do pânico” e acrescentou que “isso é importante porque considero que a religião me confortou muito nessa época e me conforta ainda”. Um pouco adiante, quando falava sobre mudanças significativas que o Islã trouxe ao seu estilo de vida e às suas relações, ela colocou que antes da reversão “já não saía muito pela questão da depressão, da síndrome do pânico, então já tinha um afastamento de alguns amigos . . . mas com a religião, evidentemente você cria um abismo, são mundos totalmente opostos” (notas do caderno de campo).

A fala de Paula ilustra algo que constatamos ser comum entre revertidos-as: muitos enfrentam dificuldades de aceitação em seus círculos sociais após abraçar o Islã e tais relações conflituosas alimentam o sentimento de isolamento e de falta de suporte. Apesar dos contratempos iniciais, na ocasião de nossa primeira conversa Paula havia se casado há pouco tempo e morava em um país de maioria muçulmana, de onde seguia tocando o empreendimento que é fonte de seu trabalho, um de seus maiores motivos de orgulho e satisfação.

No momento presente, entro em contato novamente com ela, que prontamente aceita dialogar comigo mais uma vez. Entretanto, para a interlocutora, as dificuldades de outrora fazem-se pequenas diante da questão que ela está vivendo atualmente. De antemão, sinalizo ao leitor que rapidamente percebi que não me cabia especular as questões tão frescas, sérias e complexas que a interlocutora trouxe, por isso nossa conversa foi mais sucinta do que o usual

com as demais mulheres. Também o formato foi diferente: Paula opta pela troca de mensagens escritas no *WhatsApp*, evitando o áudio e o vídeo. Ao longo da conversa, percebo que é como se Paula estivesse escrevendo para que ela mesma pudesse elaborar: em seus termos, “*a dor vai indo embora com as palavras*”.

Paula escolhe dar uma continuidade temporal à sua história, para me informar o que aconteceu com ela durante esse período de cerca de dois anos e meio que separou as nossas duas conversas.

Bom, é uma longa história. De lá pra cá eu continuei trabalhando muito, até que em fevereiro de 2019 eu engravidei. Tive uma gravidez de alto risco. No começo foi tranquilo, mas eu comecei a engordar muito e como sou asmática as complicações vieram. Eu também comecei a ter contrações e por isso tive que fazer uso de hormônios, que me deixavam muito irritada, era quase como uma TPM sem fim. Depois passamos pelo estresse da decisão de onde ter nossa filha, se no país onde moramos ou no Brasil, e optamos pelo Brasil para ter alguém para me ajudar. Minha pressão subiu e fizemos uma cesariana, minha bebê nasceu em novembro, no Brasil.

Como apontei ao longo de toda a minha dissertação de mestrado (Paiva, 2018), do ponto de vista religioso não existe sexo sem casamento, mas o inverso é igualmente verdadeiro: não existe casamento sem sexo, pois este é uma parte importante da relação conjugal. Além disso, evidenciei anteriormente como o Islã é uma religião que incentiva os prazeres, para muito além da reprodução. Entretanto, sabe-se também a forte ênfase que o Islã coloca sobre a família: mães são figuras centrais, a ponto de ser dito que elas têm o paraíso a seus pés. É importante mencionar que Paula tem uma filha adolescente, nascida de um relacionamento amoroso anterior à sua reversão, mas era de se esperar que ela e seu marido desejassem constituir uma nova configuração familiar: ela diz que “a gravidez foi planejada, nós queríamos muito um filho”. Todavia, após o nascimento do bebê as coisas não acontecem exatamente como idealizado:

*Era para eu estar feliz, mas eu estava apática. Voltei para o país onde moramos em fevereiro desse ano e lá eu comecei a ter um quadro depressivo e psicótico que foi terrível, isso fora as crises ansiosas. Além da tristeza e de estar fazendo tudo sozinha, eu comecei a ter pensamentos estranhos, como uma voz dizendo para eu colocar a minha filha na máquina de lavar. Comecei a ter muito medo e a sofrer muito. Então teve o dia*

que dormi sozinha em casa e comecei a ter uma crise de pânico, e a voz continuou. Eu tive muito medo de fazer algum mal à minha filha. Liguei para as minhas amigas, liguei para o meu marido. *Eu pensei que iria me matar. Eu pensei que poderia matar minha filha. Foi um terror sem fim.*

Paula conta que seu marido a ajudou e a apoiou dentro das suas possibilidades e limitações, e que partiu dele a iniciativa de levá-la a um psiquiatra. A interlocutora comenta isso com o intuito de valorizar a postura de cuidado do esposo pois, de acordo com ela, em países árabes “as famílias são ainda mais fechadas para falar de saúde mental” do que no Brasil. Além disso, Paula diz ter percebido ao longo dos anos que os árabes são muito relutantes em procurar atendimento psiquiátrico, por isso acabam “se resolvendo sozinhos nas farmácias”, pois muitos remédios que no Brasil são controlados, são vendidos sem receita no país onde mora.

Paula foi diagnosticada “com depressão pós-parto e psicose pós-parto” pelo psiquiatra, e traz à tona um dado clínico bastante significativo, que não havia aparecido na nossa conversa em 2018.

Eu sou uma pessoa ansiosa com tendência depressiva. Tenho uma CID que me foi dada anteriormente. Foi com 20 e poucos anos que recebi esse diagnóstico. Eu sou *borderline*. Então eu tenho um transtorno mental, às vezes mais leve, outras vezes mais pesado.

Aqui, saímos dos transtornos de humor e entramos na esfera dos ditos transtornos de personalidade; abandonamos a neurose e adentramos no domínio da psicose e do desligamento da realidade: os limites entre essas duas estruturas clínicas constituem uma zona pantanosa que, por aparecer aqui como uma informação solta, desprendida de contexto, entendo como um pedido de cautela por parte da interlocutora.

Então, na verdade, eu não sei se o que está acontecendo comigo tem relação com esse meu diagnóstico prévio. Quando eu relatei tudo isso para o médico ele disse que eu estava em psicose. Eu falei a respeito do que eu te disse, das vozes da máquina de lavar, mas é difícil. É muito difícil para mim.

Depois do episódio relatado, Paula e o marido entendem que seria melhor que ela e a bebê fossem morar com a sogra e que ela deveria dar início à psicoterapia. Ainda assim, o

incômodo persiste, pois “a situação foi ficando cada vez mais terrível”, e ela decide então vir ao Brasil com a filha para passar uma temporada contando com o auxílio de sua mãe.

Eu não me sentia bem. Eu tinha um sentimento de rejeição pela minha filha e fazia tudo de forma mecânica. Eu não sabia se eu amava minha filha. O medo que ainda tenho de machucar ela, o medo de ficar sozinha com ela persistem. Comecei a ter crises de ansiedade fortíssimas, eram muito dolorosas. Um sentimento de tristeza, de ansiedade, de rejeição. Aqui [no Brasil] eu melhorei, mas sigo fazendo tratamento psicológico e psiquiátrico. *É difícil falar sobre meus sentimentos. É muito difícil falar. Sinceramente, foi a pior coisa que vivi na minha vida.*

Paula faz questão de ressaltar o papel da psicoterapia, pois sua psicóloga tem formação em saúde da mulher, o que ela julga ser muito positivo para o seu caso. Sobre a religião, Paula é oscilante. Por um lado, o conforto de sentir-se preenchida:

A religião traz conforto, eu me sinto amparada. *Eu encontro conforto na prática: rezando e às vezes ouvindo o Alcorão. A religião me ajuda no medo, a sensação de vazio melhora muito. A gente precisa de um porquê na vida e a religião me dá sentido. Mesmo quando eu estava muito mal, com muita dor, muito perdida, ainda assim eu pedia a Deus, eu recorria a Ele.*

Por outro, o vazio que frequentemente a acomete:

Do ponto de vista religioso é muito difícil, *às vezes parece que eu estou fraca na religião. Às vezes parece que eu estou em um buraco sem fundo, só caindo. Às vezes o vazio vem novamente e não sei como preencher.*

Essa ambiguidade diz muito do momento que Paula está vivendo: são ambíguos seus sentimentos em relação à maternidade e também são ambíguos os sentimentos em relação à religião.

*Eu me sinto perdida nessa nova maternidade em relação a quem eu sou, e em relação à religião também. São sentimentos confusos. O centro da minha vida era a religião mas, no meio disso tudo que estou vivendo, eu estou apenas tentando sobreviver a mim mesma. Mas eu continuo rezando porque é um respiro em meio a tudo que tenho vivido.*

Desde a pesquisa sobre sexualidade, Paula sempre teve uma visão muito “pé no chão” sobre a vida de casada e sobre a vida religiosa. Na época, ressaltei o uso que ela fazia do termo *construção*: sinalizava que dentro de casa foi construindo o ambiente para que sua reversão fosse aceita e depois, com o marido, foi vivendo o passo a passo da “construção real de um relacionamento”. Na ocasião, apontei que “para Paula a reversão não se reduziu ao



pronunciamento da *shahada*<sup>57</sup>, foi a partir dali que ela começou o longo caminho de construir-se como muçulmana”: afinal, “a reversão é o começo, não o fim” (Barbosa, 2020). Da mesma forma, “a trilha da sexualidade vai sendo percorrida mais confortavelmente com a convivência [com o marido], aguçada pela ampliação do entendimento que um tem sobre o outro” (Paiva, 2018, p. 89). Ainda que não deixe isso explícito, talvez possamos pensar que agora nada parece mais verdadeiro para Paula do que a ideia de que não se nasce mãe, torna-se, ou seja, é um longo caminho que ela ainda tem que percorrer, é uma nova maternidade em um novo momento de vida, portanto uma nova forma de relacionamento que ela também precisará *construir*.

*A religião é parte do que somos, mas não somos apenas a religião. Se eu falar dentro do dogma, até acho que a depressão tem também um fundo espiritual, da gente não estar bem com a gente mesmo. Mas isso é diferente de falta de fé, muitas vezes eu precisei da minha fé para levantar da cama, entende? Várias vezes só levantei da cama por causa da minha fé.*

Em nossa conversa anterior, diversas vezes Paula havia posto em xeque a ideia de que as mulheres muçulmanas possuem vivências opostas ou muito diferentes das demais mulheres. Embora se tratasse de sexualidade, o tópico pode ser perfeitamente expandido para pensarmos a saúde mental: a religião sempre trará especificidades, mas há questões que ultrapassam a dimensão religiosa. As falas de Paula sempre me fazem aludir ao fato de que uma das tarefas mais difíceis para quem trabalha em campo islâmico e, mais ainda, com mulheres muçulmanas, é a de achar o equilíbrio entre expor “a sua normalidade sem reduzir sua particularidade” (Geertz, 1973/2008, p. 10), mas principalmente a de, ao apontar a particularidade, não terminar por colocar tais diferenças no plano do exótico: Paula está constantemente nos lembrando que há muitos outros marcadores que atravessam e moldam as experiências das mulheres muçulmanas, para além da religião. Entretanto, apesar de apontar esses outros entrelaçamentos, Paula reflete que “*quando se é muçulmano, tudo se relaciona com a religião de alguma forma*”, ideia que mais adiante será destrinchada por Regina.

---

<sup>57</sup>Testemunho de fé que consiste na afirmação de que “não há Deus senão Deus, e o Profeta Muhammad é o seu mensageiro”.

Paula prossegue:

Tudo se relaciona com a religião de alguma forma porque no Islã os rituais vão se integrando com a sua vida. *Quando eu falo de saúde mental, eu estou falando do meu ser. A gente não é ninguém sem saúde mental, da mesma forma que não somos ninguém sem o que nos liga ao Divino.*

Quando dialogou comigo em 2018, veio de Paula uma das falas mais emblemáticas da minha dissertação, quando disse que sempre vamos achar tudo em qualquer lugar, *“porque eu acho que todas essas coisas são estupidamente humanas”*. Para além do tópico da sexualidade em questão, entendi que Paula estava escancarando o óbvio: mulheres muçulmanas são humanas, e o sexo é, também, uma questão humana.

Hoje, ao buscar integrar todos esses fragmentos, percebo mais um fio que une o meu trabalho de mestrado a este de doutorado: ainda que conectados ao divino e ao sagrado, tanto sexualidade como saúde mental são temas que falam do que há de mais humano em nós – são questões que nos humanizam, que nos fazem lembrar quem somos, que nos colocam no nosso lugar. Isso me parece bastante importante no Islã: se apenas Deus é perfeito, a perfeição não é um atributo humano, mas divino. Se somos imperfeitos, somos passíveis de errar, deslizar, cometer equívocos; se somos humanos, é dessa ordem a dor, a angústia, o sofrimento.

*“Há tudo em qualquer lugar, em qualquer contexto, em qualquer religião”*: também depressão, ansiedade e transtornos diversos entre muçulmanos-as.

## **5. “Allah quer que você se aperfeiçoe com as ferramentas que Ele te dá”: a psicologia islâmica enquanto prática vivida**

Ser saudável é fortemente encorajado no Islã. Se a religião é fonte de sentido para todas as áreas da vida, também os ensinamentos religiosos contidos no Alcorão e na tradição profética promovem um redimensionamento da forma de compreender saúde, doença e sofrimento: a crença islâmica exerce uma função importante, por vezes central, na forma como muçulmanos veem o mundo e entendem suas experiências – como se sabe, a religião dá contornos às perspectivas das pessoas, fornecendo sentidos e impulsionando à ação (Geertz, 1973/2008).

Assim, era completamente esperado que um dos eixos salientados nesta pesquisa girasse ao redor de como esta religião explica e propõe caminhos para o manejo do que se entende como saúde mental: afinal, em momentos de adversidade, é provável que as pessoas se baseiem nas crenças religiosas para buscar soluções para seus problemas e fazer o gerenciamento do sofrimento. Como argumentado em capítulos anteriores, o discurso predominante sobre saúde mental apresenta componentes centrais de perspectivas ocidentais, incluindo uma determinada teoria sobre a natureza humana. No entanto, nada disso é universal, assim como “não existe nenhuma psicologia definitiva” (Watters, 2010, p. 113). Soraia e Regina são as interlocutoras que mais recuperam a tradição islâmica em suas narrativas, ajudando-nos a problematizar a hegemonização e a falência de concepções mais plurais sobre saúde mental - neste capítulo, estas mulheres procuram iluminar as maneiras pelas quais o Islã influencia a conceituação de saúde e doença, impacta no bem-estar e direciona o enfrentamento.

As narrativas de Soraia e Regina fortalecem o argumento de que “nossas formas de sofrimento e de adoecimento estão profundamente conectadas com a maneira como entendemos o funcionamento da alma, da psiquê, da mente, da subjetividade ou da personalidade” (Dunker, 2021, p. 102) e permitem uma retomada do diálogo com as concepções psicológicas islâmicas apontadas anteriormente. Ao reconhecerem compatibilidades e contrastes entre a perspectiva

islâmica e as abordagens psicológicas convencionais, abrem espaço para outras possibilidades de sentido sobre a saúde mental.

Vale frisar que enfatizar a tradição religiosa não significa ir contra discursos e avanços científicos: as interlocutoras de forma alguma os negam, mas sinalizam a importância de nos abirmos para a compreensão de outros panoramas que predizem e moldam o curso dos processos de saúde e de doença. Embora muitos profissionais ainda rejeitem entrar em contato com toda e qualquer formulação religiosa, em nada ajudamos quando minamos as concepções êmicas que os distintos povos e comunidades possuem acerca da saúde mental - aliás, ao assim agir, podemos justamente estar contribuindo “com as mudanças desorientadoras que estão no cerne de grande parte do sofrimento mental do mundo” (Watters, 2010, p. 114).

É a religião que, diante de uma perturbação, é acionada como elemento principal de enfrentamento para estas entrevistadas, que mencionaram o uso de práticas islâmicas – a oração, a leitura do Alcorão, as súplicas - como sendo de grande auxílio para alívio do sofrimento dos indivíduos: essas práticas foram associadas a uma sensação de tranquilidade e ao estreitamento da conexão espiritual com Deus. Como o Islã é uma religião que deve estar imiscuída em todos os assuntos da vida dos fiéis, os rituais, os preceitos e os valores islâmicos devem ser cultivados a todo momento pelos-as muçulmanos-as, inclusive quando se deparam com adversidades, angústias e crises pessoais diversas. Por isso, tal forma de pensar e agir no mundo, orientada pelos princípios islâmicos, deve ser contínua: Soraia e Regina discutem os ensinamentos e práticas religiosas como uma espécie de assistência permanente às pessoas em todas as fases de suas vidas, e não apenas em um momento específico de crise, ou no curso de um tratamento psicológico ou psiquiátrico - servem, pois, como apoio aos indivíduos em todos os momentos, colaborando com a manutenção da saúde mental.

Apesar de fazerem sobre a saúde mental uma leitura religiosa mais aguda do que as demais interlocutoras, Soraia e Regina não atribuíram o adoecimento à falta de prática religiosa:

ênfatisam a religiãõ como fonte de estímulo à saúde mental, mas rejeitam veementemente as correntes explanatórias que colocam transtornos mentais como consequência da “falta de fé”. Em nenhum momento consideram que um transtorno decorre de uma fé fraca, vacilante; mas sim que a fé, para elas, é fundamental para a estabilidade e melhoria de sua saúde mental - e que é por meio do aprofundamento do conhecimento religioso que tais possibilidades podem se apresentar às pessoas.

Tal pontuação é importante para destacarmos os vários atravessamentos possíveis da religiãõ sobre a saúde mental, mas sem cairmos em afirmações levianas como a de que a religiãõ, seja o Islã ou qualquer outra, “faz bem” ou “faz mal” para a saúde mental: antes, deve-se compreender a forma com que a pessoa se vincula a ela, se está ou não integrada às outras esferas da sua existência, se é fonte de apoio ou desamparo, entre outros (Pargament, 2002; Koenig, 2012). Tanto Soraia quanto Regina observam que ser religiosa não é o suficiente para afastar de si a possibilidade de experienciar um transtorno, mas acreditam que a religiãõ possui um papel na proteção da saúde mental dos indivíduos religiosos e que as lentes islâmicas fornecem uma série de diretrizes para melhor lidar com os dissabores da vida, facilitando o caminho do crente nessa jornada existencial terrena.

Como dirá Soraia em determinado momento do texto: “*é tudo sobre a religiãõ*”. É tudo sobre religiãõ porque os ensinamentos islâmicos não podem ser tomados como teoria distanciada: devem ser aplicados pelos-as muçulmanos-as em todas as esferas de suas vidas, a cada instante, em qualquer circunstância. Isso inclui se desenvolver para ser mais paciente, bondoso, compreensivo, grato, generoso, solidário: e essa é, na visão destas duas interlocutoras, uma das maiores lições que precisam ser aprendidas pela comunidade - como exercer uma conduta sólida com os princípios islâmicos, em todos os estágios da existência, independentemente das intempéries que se apresentem.

### 5.1 “O sheikh é o meu terapeuta, o zikr é minha terapia”: a religião como fonte de cura

O que é um ritual? Se esta já seria uma pergunta capciosa para um antropólogo responder, que dirá para uma psicóloga. Entretanto, para um ou para outro, ou melhor, para *mim*, uma psicóloga que se arrisca a “beber na fonte” antropológica, parte-se do princípio, tal qual sugere Peirano (2003), que “em qualquer tempo ou lugar, a vida social é sempre marcada por rituais” (p. 6). Se nas seções anteriores tantas vezes derrubou-se o suposto antagonismo entre medicina/religião e religião/ciência, agora cabe-nos olhar mais atentamente também para a oposição usualmente feita entre ritual/ciência, ou ainda ritual/modernidade.

Nós, “os modernos” (Latour, 1994), frequentemente endossamos a concepção de que o ritual é da ordem do primitivo, do arcaico, algo que extrapola o sentido racional e, portanto, diminuído de valor quando em contraste com o que é científico. Seja causa ou consequência dessa ideia, a religião, por ser tão ritualizada, adquire noção semelhante: se a religião não é moderna, ou mais, se ela é antimoderna, seus rituais também o seriam. Esquecemo-nos que, aparentemente, apenas invertemos à quê atribuímos a crença e a descrença: uma “descrença na fé e uma crença na ciência” (Bonet, 2012, p. 111). Esses embates de antemão apontam quem seriam os “ganhadores e perdedores” (Latour, 1994, p. 15): aparentemente, acredita-se ser a ciência superior à religião, a cultura se destaca sobre a natureza, os humanos sobre os não-humanos, os modernos sobre os ancestrais – e também no fazer da pesquisa acadêmica isso encontra respaldo quando se demarca uma separação radical entre “nós” e eles, “todos os outros” (Latour, 1994, p. 120).

Como expus no capítulo 1, reconheço meu lugar como uma pesquisadora de Islã não-muçulmana - e talvez minha aproximação com as mulheres revertidas, além da questão prática de inserção em campo e de visibilidade a elas, também se justifique por uma proximidade em termos de uma maior *identificação* minha para com elas, com suas demandas, suas questões. Privilegiar as narrativas das mulheres, dar ouvidos a elas e aos seus quadros explicativos, em

seus próprios termos, é uma tentativa de adotar uma perspectiva alternativa à de autoridade. Assim, busquei estabelecer com as interlocutoras um diálogo o mais horizontalizado *possível*, ainda que ciente de quão difícil é escapar completamente da assimetria quando o que está em jogo é uma tese de doutorado e os pequenos poderes que ela simboliza.

Trago essa discussão nesse ponto, e não em outro, por alguns motivos importantes. O principal deles é o de que um leitor atento, especialmente se psicólogo, pode ter ficado incomodado com a fala da interlocutora que dá título a esta seção: “o *sheikh* é o meu terapeuta, o *zika* é minha terapia”. Tomá-la como uma “afrota” ao saber psicológico seria um grande erro: um dos maiores desafios nesta parte da tese será o de “tratar nossos conceitos com a mesma dureza com que tratamos os conceitos dos outros — e com a ajuda dos conceitos dos outros” (Goldman & Viveiros de Castro, 2006, p. 186).

De acordo com Viveiros de Castro (2002), uma das “regras do jogo” entre antropólogo e nativo costuma ser a “vantagem epistemológica” que o primeiro tem sobre o segundo, visto que usualmente atribui-se ao antropólogo o papel de ser quem “explica e interpreta, traduz e introduz, textualiza e contextualiza, justifica e significa” (p. 115) o que é obtido em campo junto aos nativos. A princípio, o mesmo seria válido para o psicólogo: não é ele quem pegará a “matéria” fornecida pelo seu paciente/cliente e dará a ela alguma “forma”, devolvendo-as por meio de reflexões, interpretações, provocações?

Como propõe o antropólogo, para tentarmos reivindicar uma “igualdade ativa” entre as partes é preciso primeiro estar disposto a “levar a sério” os discursos nativos, não como verdades absolutas, mas considerando-os “como possíveis – nem desrealizando-os como fantasias dos outros, nem fantasiando-os como atuais para nós” (p. 132). Viveiros de Castro nos dá um exemplo mais concreto: quando certos povos indígenas dizem que “os peccaris são humanos”, não cabe ao antropólogo acreditar ou não nisso (como ele aponta, “sou antropólogo e não suinólogo”), mas certamente tal ideia ensina algo “sobre as noções indígenas de

humanidade” (p. 136). Semelhantemente, quando Regina me fala que um ritual religioso específico é a sua terapia, que o *sheikh* é o seu terapeuta, e que o Islã pode ser uma fonte de melhora para a depressão, por exemplo, penso que não é meu papel acreditar ou não na *eficácia* psicoterapêutica do que ela me traz, mas sim buscar entender o que isso me ensina sobre a temática da saúde mental no Islã.

Regina foi diagnosticada com depressão muitos anos atrás. Na época, o psiquiatra sugeriu que ela fizesse uso de um remédio “tarja preta”, que seria temporário. Ela conta que, além de não ter percebido melhora significativa, ele a deixava como um “zumbi”. Decidida que “não queria viver daquele jeito”, ela empreende uma série de mudanças:

Comecei a espaçar o remédio, você não pode parar de uma hora pra outra. Aí eu ouvi falar de florais de Bach. Eu tinha uma amiga muçulmana que prescrevia, ela fez um apanhado das minhas características, prescreveu o de resgate e mais um outro. Comecei a tomar. Aí fui procurar uma academia. E assim fui.

O “e assim fui” de Regina resume o processo de se desvencilhar do medicamento, nunca mais tendo feito uso dele. No entendimento de Regina, não há qualquer impedimento religioso em fazer uso da medicação quando é necessário, mas é algo que ela percebe não mais querer em sua vida. Também em seu relato aparece algo que já foi elucidado anteriormente: que, embora lhe pareça que a dificuldade em buscar ajuda profissional seja generalizada, entre os profissionais *psi* o psiquiatra será aceito mais facilmente entre os-as muçulmanos-as, quando em comparação com o psicólogo.

O psiquiatra tudo bem porque é uma coisa física, né? Mas problema psicológico não, se vira aí. As pessoas acham que é frescura. A pessoa tá doente e precisa de um remédio, mas a parte psicológica, aí não se aceita isso.

Regina nunca procurou um profissional da psicologia. De acordo com a literatura e também com a experiência dos pesquisadores do campo, é certo que um dos fatores que explicam a resistência que muitos-as muçulmanos-as apresentam para buscar tais serviços é a forte desconfiança que nutrem em relação à psicologia (Amer & Bagasra, 2013): muitos-as são



hesitantes até mesmo em relação a se seria lícito frequentar estes profissionais, uma dúvida que espelha a histórica relação conturbada entre a religião e a Psicologia (Abu-Raiya, 2012).

Entretanto, o motivo de Regina nada tem a ver com tal dificuldade de aceitação da importância dos aspectos psicológicos: a interlocutora reconhece e valida este campo do saber científico, e sabe que esta forma de cuidado era recomendável para ela. Ela conta:

Na verdade assim, eu nunca tive recursos para fazer terapia, recursos financeiros. Primeiro ponto. Segundo, *eu nunca confiei. Por que? Porque as minhas amigas que tiveram problemas, a primeira coisa que elas ouviam do terapeuta era que o problema era o hijab*. Os terapeutas perguntavam para elas: mas por que você precisa andar assim na rua? Afirmavam que isso era uma bobagem, e não sei o que lá. Pensa comigo: a pessoa já está fragilizada, foi até aquele profissional para buscar ajuda e ele ou ela ainda tira da pessoa o apoio dela, que é a religião. Eu acho assim, você tem que se colocar no lugar do outro. Aí ela pega e tira o *hijab*. Realmente, ninguém mais vai provocar ela na rua, ela sente um alívio temporário. Ela vai pensar: poxa, o psicólogo deu resultado! Mas passa um tempinho e a pessoa tá se sentindo culpada porque ela queria continuar usando o *hijab*. Entendeu a questão? Na verdade, não foi resolvido! Você troca um problema por outro. Então assim, eu não tinha recursos e também pensava: se eu for lá e ouvir isso, já vou quebrar o pau com a psicóloga [risos]. Então eu não vou, né? [risos].

A fala da interlocutora é pungente: seu relato exemplifica o uso antiético que muitos profissionais fazem da religião em contexto psicoterapêutico, colocando o Islã e a bagagem religiosa como as causas do sofrimento psicológico dos pacientes. Assim como ao psicólogo é vedado induzir o paciente a qualquer convicção religiosa, também não cabe ao profissional interferir nas escolhas da pessoa atendida, tampouco negligenciar este aspecto de sua vida.

A experiência das colegas de Regina foi tão negativa, que elas não apenas não encontraram alívio para seus sofrimentos, mas lhes foi gerado um sofrimento adicional. Com isso, ela – e, provavelmente, todo um coletivo composto por outras muçulmanas de seu entorno - passa a dar como certo que também teria sua identidade religiosa atacada e que não seria compreendida por um psicólogo, eliminando de antemão a possibilidade de se engajar em um processo de psicoterapia.

Diante dessa equivocada disputa de poderes e de narrativas, Regina afirma que um “nó” foi gerado em sua cabeça. Ela passa a buscar nas entranhas da religião as explicações necessárias para desfazer esse imbróglio:

Eu só fui desfazer esse nó recentemente. *O Islã que vem sendo ensinado é esse Islã da exteriorização. Você faz a oração, você faz o jejum. O que se foca é nesse fator externo. Não é isso, no Islã, que faz a cura. Você tá entendendo?*

Porque assim, o Islã tem três níveis de fé. O primeiro nível, qual é? Se chama Islam. O que é que entra nesse primeiro nível de fé? É você fazer a *shahada*, e tudo que é exterior. É você dizer que é muçulmano. *Quando você diz que é muçulmano, ninguém pode dizer que você não é.* Nessa primeira categoria entra você dizer que é muçulmano: mesmo que você não faça, não cumpra, você é muçulmano, você está no Islã. *O primeiro nível não cura nada.* O primeiro nível é igual a qualquer outra religião, o que muda são os rituais. Você praticar a religião da forma como você é ensinado [voltado ao exterior] *não vai te poupar da depressão.* Como qualquer outra religião. O que é que o Islã vai ter de diferente? A pessoa vai na igreja [católica, evangélica], também ora, jejua. Nas outras religiões também tem jejum, não é igual, mas tem. Então qual é a diferença? Nenhuma.

Os rituais, especialmente a oração, já tinham aparecido no relato de outras interlocutoras como importantes para dar conforto, tranquilidade: como um recurso de enfrentamento. No entanto, Regina é explícita na afirmação de que, em seu entendimento, não seriam por si só curativos se relacionados apenas à dimensão da exteriorização. Para ela, a chave para desatar o nó é a interiorização, ou, em outras palavras, a espiritualidade, o caminho rumo ao coração: “esse componente [espiritualidade] é a solução, ele é a cura, a prevenção” e, sem ele, “você não vai conseguir o objetivo”.

É ao encontrar o sufismo que Regina encontra também o seu “remédio”. A origem do termo sufismo (*tasawwuf*) é ambígua: derivado da palavra árabe *suf*, lã, remeteria à ideia de que vestir-se de lã, de maneira simplória, é uma forma de evidenciar a renúncia aos apegos mundanos, ao supérfluo da dimensão material; ou de *safa*’, purificação, sendo o sufi “aquele que se purifica” (Maanán, 2006, p. 10). É rumo a esta purificação que Regina vai encadeando seu relato. Mas, antes de lá chegar, ela nos explica o que seria o “segundo nível”: o muçulmano sai do primeiro, muito voltado para o que lhe é exterior, ainda que submisso a Deus, e dá esse

passo rumo ao segundo nível, já mais direcionado ao seu íntimo, o que trará benefícios também em termos de saúde mental.

Aí você vai pro segundo nível, que é a fé: é você entender no seu intelecto que aquilo é importante, é você confiar em Deus. Então quando você chega no estado de Iman, que é o segundo, você já tem fé. Porque assim, quando você se converte, você ainda está balançando. Você está no Islam, você fez a *shahada*, você se esforça para fazer as orações, mas você precisa de tempo para a sua fé ficar mais forte. Aí você chega em um segundo nível de fé, que é o Iman. *Pode ser que este já previna casos muito profundos de depressão.* Pode ser que ele te ajude, porque aí você já tem o entendimento de que tudo que Deus faz é bom para você. Mesmo que seja ruim, tudo que Deus manda é bom. Com o nosso entendimento limitado, a gente olha para aquilo e diz: poxa, isso é ruim. Perdi o emprego, isso é ruim. Mas, sei lá, daquela perda de emprego você vai ter um *insight* e vai começar um negócio novo. Naquele momento, com a nossa visão limitada, aquilo parece ruim. Poxa, por que Deus fez isso comigo? Se você ainda é aquela pessoa que pergunta isso, por que Deus fez isso comigo, você ainda não chegou no estágio de fé. *Então você não está livre da depressão.* Se você está no estágio de fé, você pensa assim: meu Deus, está difícil, mas eu confio que vai melhorar. Esse é o segundo estágio, que *não te deixa chegar ao desespero.* E aí tem o terceiro estágio, que é o Ihsan, que é a excelência, é você atingir a excelência. A excelência é você adorar a Deus, adorar a Deus como se você O visse, porque se você não O vê, Ele com certeza te vê. Então é você andar em um estado com a presença constante de Deus. Você sabe que Deus está com você a todo momento. *É esse estágio que te livra da depressão.* Mas quantos muçulmanos são preparados para chegar nele?

Regina então retoma o nó ao qual se referiu anteriormente:

Aí fica esse dilema na comunidade muçulmana: um lado fala que a depressão é falta de fé, o outro se rebela e fala que não, que isso aí é uma bobagem, ou então que tem que tomar remédio sim, que o único jeito é pelo remédio.

A religião, para ela, não seria apenas meio de prevenção, ou recurso de enfrentamento, mas também *possibilidade de tratamento*:

*A religião também é o tratamento.* Volta e meia vem essa questão da depressão nas aulas que a gente está tendo com o *sheikh*. Aí a gente tava falando sobre fazer o *zikr*, o *sheikh* tava falando sobre fazer o *zikr*, aí ele falou: não, a gente não deve descartar o medicamento. Mas à medida em que a pessoa progride, ela não vai mais precisar do medicamento. Entendeu? Ele falou que nós somos corpo e espírito, nós não podemos negar as necessidades do corpo. O corpo tem suas necessidades. Agora, *a partir do momento que o espírito se eleva, ele cura o corpo.* Mas como é que você pode esperar que uma pessoa que está no fundo do poço, que ela sente e faça o *zikr* dela? *Ela não pode esperar esse zikr fazer efeito porque leva tempo.*

Lévi-Strauss, em seu clássico *A eficácia simbólica* (1949/2012), nos apresenta a uma doente que é curada pelo xamã sem que ele toque em seu corpo ou lhe administre alguma

substância (p. 280). Isso é possível porque doente, xamã e comunidade compartilham um sistema coerente de concepções, que também envolve suas crenças sobre o que é saúde, doença e cura: se é uma “realidade objetiva” ou não, se tal ritual possui ou não provas de sua validade, nada disso é o mais importante - o importante é que *a doente acredita, e também é membro de uma sociedade que acredita*.

A paciente os aceita ou, mais precisamente, jamais duvidou deles. O que ela não aceita são as dores incoerentes e arbitrárias que constituem um elemento estranho a seu sistema, mas que o xamã, recorrendo ao mito, irá inserir num sistema em que tudo se encaixa (Lévi-Strauss, 1949/2012, p. 281).

Semelhantemente, Regina nos dá margem para pensar no poder da crença e da elevação espiritual face aos “elementos estranhos” a seu sistema, como a depressão, que tem que ser integrada de forma que faça sentido dentro daquela cosmologia. No caso de Regina, isso será feito por meio do *zikr*, ritual central nesse processo:

Eu faço o *zikr* depois da primeira oração, da alvorada de fato. Faz a oração do *fajr*, acabou a oração de *fajr* você fica no mesmo lugar e fica por meia hora repetindo o nome de Allah. Tem uma coisa para você fazer, pedir *astaghfirullah*<sup>58</sup>. Você faz a oração e depois fica meia hora repetindo o nome de Allah, de olhos fechados. Concentrado, sem som, sem música, sem nada. Só você ali. E assim, não é para falar alto nem nada. Só de olhos fechados e concentrado.

De acordo com Peirano (2003), é preciso evitar uma definição fechada sobre o que é um ritual, pois esta não é dada *a priori*: a compreensão do que é um ritual precisa ser “apreendida pelo pesquisador em campo junto ao grupo que ele observa” (p. 9). O ritual do qual nos fala a interlocutora, o *zikr*, “é um dos primeiros passos na via sufi” (Chagas, 2011, p. 122), mas dada a exigência de aprendizado e aprimoramento constantes, logo passa a ser entendido como um processo que perdura. Em linhas gerais, consiste na “invocação mística dos nomes e da presença de Deus” (Pinto, 2010, p. 111). Embora seja a principal prática ritual sufi, não é unicamente circunscrita ao sufismo, pois o Alcorão ordena que todos os muçulmanos se lembrem de Deus a todo o tempo: “recorda teu Senhor quando esqueceres” (18:24); “recordai-vos de Mim, que

---

<sup>58</sup>Pedir pelo perdão de Deus.

Eu Me recordarei de vós” (2:152). Por livre associação, reporto-me à obra de Turner (2005) sobre os rituais de crise de vida e rituais de aflição entre os Ndembu, quando em determinada passagem comenta sobre os espíritos que, quando esquecidos, geravam infortúnios: no Islã, é pelo *zikr* que Deus jamais será esquecido, estará sempre presente, o que sinaliza uma relação entre lembrança e esquecimento, ordem e desordem.

Regina prossegue: embora o *zikr* seja terapêutico e benéfico, isso não significa que não existam dificuldades e adversidades em sua prática.

Uma pessoa falou para mim: eu comecei a me olhar no espelho e não gostei do que vi. E parou. Não enfrentou. Então, o início é doloroso. Eu chorava, vivia em casa chorando. No início, quando você começa a fazer *zikr*, é muito sofrido. Muita gente sai, abandona o *zikr*, porque *você começa a se ver. E o que você vê não é nada bom.*

Vê-se que o *zikr* é um ritual complexo, que pode ser pensado nas suas especificidades tanto antropológicas quanto psicológicas: afinal, envolve a transformação do *self* (Pinto, 2010). O que nos diz Regina é que, rumo a essa reconfiguração íntima, uma série de emoções, sentimentos, pensamentos e sensações são mobilizados durante a prática e que, antes de vir o benefício, primeiro vem uma dose de sofrimento.

Penso imediatamente no início do processo psicoterapêutico, quando os pacientes usualmente relatam ser doloroso entrar em contato com seus conteúdos internos, há muito adormecidos: há embutida nisso uma ideia de que a psicoterapia é uma “dor necessária”, um desconforto que faz bem. Como comenta Regina, “você começa a se ver”, como se estivesse se olhando no espelho, “e o que você vê não é nada bom”. Com a fala da interlocutora, sou imediatamente lançada ao conceito junguiano de sombra, que implica se deparar com os conteúdos inconscientes por vezes mais obscuros, que não são agradáveis nem bondosos, mas que existem em nós.

Eu tô até assistindo uma série, ainda vou assistir o segundo episódio, sobre a meditação islâmica. É um *sheikh* que tá dando e ele disse que vai ensinar técnicas, porque eu também tô querendo aperfeiçoar isso. E quando a gente faz isso, vem um monte de pensamentos na nossa cabeça. E aí ele estava contando que uma pessoa falou para ele que preferia ficar de olhos abertos porque, quando fecha os olhos, vem um monte de

pensamentos na cabeça. E o *sheikh* estava explicando que esses pensamentos têm que vir na nossa cabeça mesmo, é para a gente lidar com eles. *Às vezes vem um pensamento monstruoso para a gente saber que nós somos capazes daquele pensamento monstruoso. Que ele existe dentro da gente.*

É penoso o processo de reconhecer tais conteúdos sombrios em si mesma e trazê-los à luz, enfrentá-los, assimilá-los:

Você tem que ter essa força para aguentar esse início, é muito doloroso. E aí, por exemplo. Eu ia fazer a oração e fazia tudo correndo. Aí eu pensava: olha lá, você acha que é uma boa muçulmana? Olha lá, fazendo a oração correndo [*risos*]. Sabe aquela coisa? Aí entra a alma que se repreende, entendeu? Só que ela se torna inconveniente porque ela faz isso o tempo todo! [*risos*]. Sempre tem um momento que você se dá conta: poxa, não foi legal aquilo que eu fiz, né. Mas você vai e se dá um tapinha nas costas. Quando você está nesse início, você não se dá um tapinha nas costas. Não tem descanso.

Regina retoma a Psicologia Islâmica ao fazer alusão aos níveis de *nafs*, o primeiro, controlado pelos instintos, e o segundo, que se arrepende e se repreende: “não tem descanso” porque é uma batalha contínua. E, como todo processo, envolve idas e vindas, um passo para frente e um para trás:

Eu estava com os nervos à flor da pele, mas faz parte do processo. E aí você vai indo aos poucos, esses arroubos vão diminuindo, mas eles ainda vêm. Flutua. Você acha que já está melhor, mas acontece uma coisa e você tem uma reação igual a antes. Você pensa: puxa, eu achei que isso já tinha passado, que eu já tinha superado isso. Voltei a ser como eu era. É um passo para a frente e dois para trás. Sabe? E vai e vai.

O motivo de seguir, de “ir adiante”, é para ela bastante simples: “tem que fazer porque é o correto, tem que fazer por Deus”, e não pelo possível “bem-estar” que pode sentir com a prática, nem esperando por uma possível recompensa. Portanto, não se trata de negociar com Deus, mas sim de se esforçar, assumir para si a responsabilidade, comprometer-se com Ele: o comprometimento é mais estável, mais duradouro do que a motivação.

Você tem que fazer o esforço. Cada pessoa tem sua manifestação da espiritualidade. O *sheikh* fala que *é melhor a pessoa não sentir nada do que sentir algo*. Porque se ela sentir algo, ela vai fazer por aquele algo, como se fosse uma droga. *Se a pessoa não sente nada e ainda assim todo dia ela sente e faz, ela assume este compromisso com Deus*. Esse esforço. Ela está perseverando, ela não está vendo nenhum resultado aparente e ainda assim persiste. Então o que se diz é o seguinte: no final, isso é uma escolha. De Deus. Mas a gente tem que andar no caminho. A gente tem que caminhar. Entendeu? É Deus quem vai te dar ou não a cura.

Há uma ideia recorrente de que temos que fazer a nossa parte, mas que a concretização dos nossos planos caberia apenas a Deus: no caso aqui mencionado, é Ele quem decide se “dará” ou não a cura para alguém. No entendimento de Regina, o importante é seguir, ser coerente e constante. Para isso, ela fará alusão à metáfora do espelho: nosso coração é como um espelho que reflete o nosso íntimo, por isso é importante que esteja sempre limpo. Entretanto, o ser humano com frequência macula sua limpidez, o que faz com que este precise ser polido repetida e incansavelmente.

O *sheikh* fala que a gente está polindo o coração. Tá polindo, faz o *zikr*. Aí a gente sai e fala mal de alguém. Suja. Ele disse: vocês vão dizer que o *zikr* não funciona, mas não é isso, é que vocês limpam e sujam sem parar. Limpa, suja, limpa, suja [*risos*]. Então ele falou: vocês têm que se abster de fazer as coisas que vão sujar aquilo que você acabou de limpar.

Desde o início da conversa com Regina, chama a minha atenção o contraste: a pessoa do *sheikh*, quase que completamente apagado dos relatos das interlocutoras anteriores, aqui aparece com extrema relevância, visto que ele é entendido como o condutor, ou ao menos um importante mediador do processo curativo, sendo sua figura uma condição para que tudo aconteça. Se Barbosa-Ferreira (2009b) já havia apontado que o “sheik é o livro, aquele que ouve e aquele que fala”, aqui o *sheikh* é o terapeuta, aquele que te ouve e te trata:

É como a terapia! *O zikr é igual a uma terapia*. Só que o terapeuta, que é o *sheikh*, ele pode estar do outro lado do mundo porque isso é de espírito para espírito, de coração para coração. Não precisa estar no mesmo espaço geográfico. Não precisa nem estar olhando pro *sheikh*. Essa é a diferença. Mas o papel do *sheikh* é de terapeuta. *O sheikh sufi é um terapeuta: ele te ouve, ele te trata*.

O xamã e o psicanalista e o *sheikh* e o terapeuta parecem ter mais em comum do que se poderia supor: “em ambos os casos, propõe-se trazer à consciência conflitos e resistências que até então haviam permanecido inconscientes” (Lévi-Strauss, 1949/2012, p. 282). Assim como o xamã e o psicanalista, neste caso também o *sheikh* e o terapeuta assumem um “duplo papel”, pois ambos ouvem, ambos tratam: em minha conversa com *sheikh* Bukai, exposta no capítulo

3, conversamos sobre como ele, líder religioso, e eu e outras psicólogas, temos todos em comum a disposição para a escuta.

A comparação feita por Lévi-Strauss da psicanálise como “forma moderna da técnica xamânica” (p. 291) foi atualizada em meados da década de 1980 por Augras (1986) quando ela, em pesquisa junto aos seus pares psicanalistas no contexto brasileiro, pergunta se estariam eles “concorrendo com algum pai-de-santo”. Os psicanalistas respondem unanimemente que “não há concorrência, há somação”. Se à primeira vista parece que psicanálise e religião e psicanalista e pai-de-santo estariam em um mesmo patamar, logo se destaca a relação de assimetria (p. 96): os psicanalistas apontam que “o tipo de serviços prestados pelo pai-de-santo não chega a constituir ameaça específica, por situar-se em esfera bem diversa da atuação psicanalítica”, além de que “a classe social dos seus clientes não costuma recorrer a esse tipo de apoio nem expressar suas problemáticas na linguagem dos cultos periféricos” (p. 97).

Tal caráter elitista já aparecia na forma com que as práticas “mágico-religiosas” vinham sendo encaradas histórica e socialmente no Brasil: por um lado, “ópio do povo”; por outro, como “psicoterapia do pobre”. Além disso, a autora destaca que os psicanalistas colocavam a si mesmos como “sérios” e “profissionais”, ao passo que o pai-de-santo não seria mais que um “charlatão”, pois “simula um discurso transcendente” para gerar um “efeito extremamente pernicioso”. Augras (1986) então questiona: “por que será que tudo aquilo que não presta, tudo aquilo que o psicanalista não quer para si é jogado em cima do pai-de-santo?”. Contemporaneamente, Dunker (2011) deu sua contribuição a essas leituras: para ele, “somos os xamãs modernos”, e “só um cientificismo tolo verá nisso um rebaixamento de nossa autoridade social” (p. 127).

Em um recorte de sua extensa pesquisa sobre feitiçaria na região do Bocage, oeste da França, Contreras e Favret-Saada (2018) nos apresentam à Madame Flora, uma “desenfeitiçadora” que resolve feitiços “a partir de uma técnica de cartomancia por ela



inventada”. As autoras ficam impressionadas com a forma com que os “enfeitiçados” chegam “confusos, deprimidos, sem vontade para nada”, mas, em poucas sessões, essas pessoas já se sentem aliviadas e até mesmo “mais estimuladas, a partir simplesmente do jogo de cartas e de sua fala”. Como ela consegue? Tão logo perguntam, já nos indicam a resposta:

Em uma cura psíquica, o trabalho do terapeuta consiste essencialmente em envolver, de modo gradual e imperceptível, o infortúnio do qual o paciente queixa-se em uma formação mental que não seja nem necessariamente imaginária, nem totalmente realista: *é suficiente apenas que seja plausível*. O terapeuta, assim, abre um espaço de diálogo, um espaço entre o fictício e o real, onde o excesso de realidade e a rigidez do mal-estar podem começar a se dissolver. As modalidades particulares do distúrbio, as características do terapeuta, a natureza da formação mental, o seu modo de expressão e as manobras que ela permite aos participantes da terapia são, em conjunto, *culturalmente codificados* (Contreras & Favret-Saada, 2018, p. 28).

Ou seja: existe cura porque existe uma forma partilhada de decodificação do infortúnio, seja por meio da mediação do psicólogo, do psicanalista, do xamã ou do *sheikh*.

Quando falávamos sobre esses compartilhamentos, fui surpreendida por Regina, que me pergunta: “Camila, você acha que uma pessoa pode fazer terapia nela mesma? Na sua profissão, isso é possível?”. Regina nunca fez terapia e não conhece a fundo a teoria e a prática psicológica; eu, não-muçulmana, jamais terei acesso à vivência do Islã e seus rituais. A pergunta de Regina sintetiza a construção de sentidos que fizemos ao longo da conversa, uma troca que permitiu uma certa *inteligibilidade* para ambas, visto que são práticas corriqueiras e cotidianas para uma, mas extremamente complexas e distantes para a outra. O questionamento da interlocutora chama minha atenção para o caráter simétrico do nosso contato: se não é apenas uma entrevista, mas sim um diálogo, uma interlocução, é óbvio que ela também pode me fazer perguntas - “afinal, se todos somos nativos, todos somos, de um ponto de vista reverso, antropólogos” (Viveiros de Castro & Goldman, 2006, p. 178).

Sobre a pergunta que Regina faz, é comum ouvirmos dizer no senso comum que uma pessoa se “autoanalisa”, mas isso não procede. Ser psicólogo é relacional, não se exerce a psicologia isolado, sozinho, nem em si mesmo: se autoanalisar-se fosse possível de um ponto

de vista técnico, um psicólogo jamais frequentaria outro, pois teria instrumental suficiente para tal. Em realidade, como já visto, é exatamente o oposto: o psicólogo *deve* procurar outro profissional para supervisão e para análise pessoal.

Regina diz que o mesmo é válido para o processo de purificação do coração, pois seria impossível fazê-lo sozinho em si mesmo: se o *sheikh* é o terapeuta, ele é necessário para que a terapia aconteça e funcione. A purificação do coração, embora passe a impressão de ser algo completamente individual, seria, em realidade, também relacional. Na opinião de Regina, apesar de *sheikh* e psicólogo possuírem práticas, bagagens e propósitos distintos, ambos são treinados para captar as sutilezas, as delicadezas: “sabem” de coisas que nunca dissemos.

Daquilo tudo que você falou, *ele vai identificar, tanto o terapeuta quanto o sheikh, a raiz do problema*. Você falou quinhentas mil coisas, rodeou, rodeou, rodeou, mas o foco é aquele. Então o terapeuta ou o *sheikh* vai pinçar o problema. O *sheikh* acaba sabendo coisas sobre nós, inclusive coisas que nós nunca dissemos. Pelo menos não claramente. Então a gente está com o nosso coração exposto. A gente não vai fazer isso com uma pessoa em quem a gente não confia. E, se não confiar, o tratamento não vai funcionar.

Como provoca El Shakry (2017), “todo mestre sufi é, em certo sentido, um psicanalista” (p. 54): acessam nosso íntimo ou, nas palavras de Regina, nosso “coração exposto”. Para despir-se emocionalmente, Regina destaca a dimensão da confiança como fundamental para o processo. Aqui, a confiança pode ser traduzida como a conexão entre corações, seja para engajar-se em um processo com um psicólogo ou com um *sheikh*. Regina nos lembra que “o centro, no Islã, é o coração, não o cérebro”: “o cérebro ele tá ali só pra filtrar . . . ele filtra para não deixar entrar qualquer coisa [no coração]”.

E não é porque é *sheikh*. Porque as pessoas acham assim, que qualquer *sheikh* você vai sentar e ele vai ficar fazendo essa terapia. Não! Porque *você precisa ser treinado para fazer isso*. Porque senão você vai ficar repetindo o discurso de que é falta de fé. Porque você não é *treinado*. Vai cair no senso comum, você vai culpar a vítima. Você não vai saber fazer.

Do ponto de vista islâmico, tanto *sheikhs* como psicoterapeutas devem trabalhar intensamente sobre seu próprio processo de purificação do coração (*tazkiyah*): afinal, “como fazer espelhamento se seu espelho estiver turvo e portanto refletindo uma imagem distorcida?”

(Khan, Keshavarzi & Rothman, 2020). O treinamento do *sheikh* sufi vem de uma longa linhagem que cruza séculos e séculos, gerações e gerações: de acordo com Regina, o *sheikh* teve também um *sheikh* que “tratou ele”, que por sua vez também teve o *sheikh* dele, e assim sucessivamente:

Então é uma cadeia de transmissão, que volta até o Profeta Muhammad. *Qual foi o mestre do seu mestre?* Também o *sheikh* não fala: ah, pronto, cheguei lá. Não! Ele tem o supervisor que vai dizer para ele que ele agora está apto.

É sabido que a relação que se estabelece é a de mestre-discípulo: o *sheikh* é o mestre, que já percorreu seu caminho e domina o saber espiritual que será repassado aos seus discípulos, com base na sua própria experiência mística (Chagas, 2012, p. 149-150). Em outras palavras, Regina aponta que ele, o *sheikh*, já “fez o caminho para subir na luz e tirar a escuridão”:

Então até chegar a ser um *sheikh*, ele mesmo já fez esse *caminho tortuoso*. Então ele chegou a um grau de elevação, mas ele tem que voltar. Você chega em um patamar, mas você tem que retroceder para poder falar com as pessoas no nível delas. Tem que ser acessível. Aí tem a gente aqui, *eu fazendo as minhas perguntas idiotas*, achando que sou inteligente e ele tendo que agir como se eu não fosse uma idiota, porque se ele demonstrar que aquela pergunta é idiota eu vou ficar magoada, vou ficar zangada, vou me afastar.

Quando Regina fala que ela faz as suas “perguntas idiotas” para o *sheikh*, eu sou remetida à Geertz (1973/2008) quando fala que o etnógrafo vive a “perseguir pessoas sutis com questões obtusas” (p. 20). Longe de um entrave, as perguntas obtusas facilitaram meu diálogo com a interlocutora. Esse diálogo acontece ao mesmo tempo que eu, como pesquisadora, tenho me sentido extremamente incomodada com a distorção feita em cima de um conceito crucial, que é o lugar de fala: direito que todos têm de falar sobre algo, desde que situados, rompendo a falaciosa concepção de que seríamos plenamente neutros, pois sempre falamos de uma posição bem demarcada. Recentemente, enquanto relia Latour, encontrei uma provocação: se só cientistas pudessem falar de ciência, também “só políticos poderiam falar de política, só empresários poderiam falar de negócios”, assim como “só ratos poderiam falar de ratos, rãs de rãs, elétrons de elétrons!” (Latour, 2001, p. 31).

Quando eu peço a Regina que me desculpe pela minha pergunta, pois como não sou muçulmana eu nunca fiz *zikr*, e ela rebate que não é psicóloga e nunca fez terapia, estamos dizendo que não ser muçulmana não invalida a minha posição de pesquisadora, assim como o fato de nunca ter feito terapia não invalida a sua participação na minha pesquisa: “*é uma troca, você aprende comigo e eu aprendo com você também*”. Eu definitivamente não falo por mulheres muçulmanas, e Regina diz que ela também não fala por ninguém além de si, nem aceita que ninguém, muçulmano-a ou não, fale por ela. Eu falo por mim, ela por ela, e juntas falamos *sobre* um tema, uma *com* a outra.

Tanto eu quanto ela buscamos um aprofundamento de nosso conhecimento, pois não queremos saber de algo só pela metade - não queremos “pegar a tromba” do elefante achando que aquele pedaço é o todo:

É aquela história, tem até no livro do *Imam Al-Ghazali* esse exemplo, das pessoas que não conseguem enxergar essa questão da espiritualidade. Chegou um elefante na cidade e foram cinco cegos examinar. Um pegou na tromba, outro pegou na perna, outro pegou na orelha. O que pegou a tromba vai descrever a tromba, que é a única coisa que ele pegou. Ele só vê a parte, não vê o todo. Para ele, aquela parte já é o todo.

Por meio desse exemplo, Regina sintetiza a enormidade do Islã, e também a grandiosidade do tema da saúde mental quando enredado à religião.

## **5.2 “*Está tudo na religião o tempo todo*”: ensinamentos religiosos islâmicos e o aperfeiçoamento de si**

Soraia e eu já nos encontramos pessoalmente algumas vezes na Mesquita de Santo Amaro e, nos últimos anos, temos interagido através das redes sociais. Mulher muçulmana nascida no Brasil em família de origem libanesa, causa uma forte impressão em quem a conhece: além de uma história de vida marcante, possui uma extraordinária formação, tanto acadêmica como religiosa. Durante a pandemia, em parceria com outras mulheres muçulmanas, ela endossou o movimento outrora citado de divulgação do Islã pelas mídias digitais. Não

espanta, pois, que seja sobressalente em sua narrativa o conhecimento profundo da religião que a interlocutora possui.

Soraia conta que está muito feliz em fazer parte desse projeto de criação de conteúdo islâmico, pois considera que a comunidade ainda carece de informação de qualidade sobre o *deen*, o caminho de fé. Em seu entendimento, é urgente a necessidade de recuperar a história do Islã, sobretudo os exemplos de vida do Profeta Muhammad. Embora tal compilado de ditos e feitos do Profeta seja uma importante fonte de conhecimento, pois “dá corpo ao que manda o Alcorão e estabelece a conduta ideal de muçulmanos e muçulmanas, que é baseada no modelo máximo de homem” – que, para muçulmanos-as, é Muhammad (Paiva, 2018, p. 37) -, Soraia acredita que os-as próprios-as muçulmanos-as “não conhecem o Islã, não conhecem a história do Profeta, dos companheiros do Profeta” pois, se bem conhecessem, “seriam os melhores seres humanos do mundo”. De imediato, Soraia aponta para a divergência entre o ideal e o real, entre os preceitos e as práticas. Para exemplificar tais abismos compreensivos no que tange ao nosso tema, a interlocutora levanta uma série de evidências acerca de como o sofrimento era tratado no Islã em seus primórdios.

Soraia lembra que “o Profeta Muhammad chorou a vida inteira pela morte de Khadija”, sua primeira esposa; e que “o Profeta Yaqub ficou cego de tanto que chorou com a possível morte do filho Yusuf”, aludindo ao que é contado na 12ª surata alcorânica, segundo a qual Yusuf (José), traído pelos irmãos que lhe atiraram em um poço, passa um longo período afastado de seu pai Yaqub (Jacó), que não apenas sofre, mas também externaliza seu sofrimento. Entendo as colocações de Soraia como uma forma de perguntar: se os profetas choravam, por que nós não poderíamos chorar? Se os profetas sofriam, quem somos nós para acharmos que passaremos pela vida sem fardos e sem pesares? Os profetas choravam, sofriam, sentiam tristeza: não a afastavam, mas sim se permitiam vivê-la.

Para Soraia, a parábola de Yusuf é também uma das que mais colocam em centralidade a importância de pacientar diante das adversidades: para ela, a surata em questão “fala da paciência bonita, daqueles que pacientam de forma bonita”. Afinal, Yaqub desconhecia o paradeiro do filho mas, ainda que triste e cego de tanto chorar, agarrou-se à fé para enfrentar suas dificuldades, pesares e sofrimentos. Afirma: “resignar-me-ei pacientemente, pois Deus me confortará, em relação ao que me anunciais” (Alcorão, 12:18), mostrando paciência; e “só exponho perante Deus o meu pesar e a minha angústia porque sei de Deus o que vós ignorais” (Alcorão, 12:86), prova de sua confiança Nele. Como recompensa por ter pacientado e confiado, Yaqub recupera seu filho e também sua visão (Alcorão, 12:96): indícios de como o *Sabr*, a paciência, e o *Tawakkul*, a confiança, fazem parte deste *core* islâmico (Siddiqui, 2021).

São as dificuldades, os esforços e os sofrimentos dos profetas que os humanizam (Siddiqui, 2021, p. 42). Para Soraia, o versículo 2:214 traz esse lembrete, dando aos muçulmanos uma lição de humildade: “pretendeis, acaso, entrar no Paraíso, sem antes terdes de passar pelo que passaram os vossos antecessores?”. Assim como os que nos precederam, também nós seremos alcançados pela “miséria e a adversidade”; da mesma maneira que eles se “abalaram profundamente”, também nós nos abateremos; se “mesmo o Mensageiro e os fiéis que com ele estavam” indagaram quando chegaria o socorro de Deus, também nós aguardaremos e suplicaremos pelo auxílio divino.

Curioso notar que ser forte, na história de vida de Jacó, é sinônimo de ser paciente; e ser paciente não o impediu de exibir suas emoções através do seu intenso choro. Assim, sofrer e chorar não eram entendidos como fraqueza ou falta de fé pois, inversamente, fortaleceram a confiança de Jacó em Deus – indícios adicionais de como o Islã promove um reenquadramento do sofrimento, dentro de outras chaves compreensivas.

Outro exemplo que Soraia traz é o intenso período de tristeza vivido por Muhammad após o falecimento de seu filho Ibrahim. É dito que um dos seus companheiros se surpreendeu

ao ver o Profeta chorando, ao que ele replicou que seu coração estava triste, por isso seus olhos derramavam lágrimas. Mais uma vez, o questionamento pelo exemplo: se o ideal de ser humano no Islã, que é Muhammad, sofreu, chorou e se entristeceu, por que atribuiríamos estas emoções e estes comportamentos à falta de fé?

O clamor de Soraia, em sintonia com tantos outros muçulmanos brasileiros e estrangeiros, é pela retomada dos ensinamentos proféticos e alcorânicos como contraponto (ou, por vezes, como complemento) às narrativas ocidentais de autocuidado e autoajuda: quando a comunidade nota que os profetas experimentaram intensos desafios emocionais, vislumbram que existe uma orientação profética para lidar com os desafios da saúde mental. A dedução não poderia ser mais óbvia: inquestionavelmente, tanto a discussão sobre a saúde mental como os cuidados para com ela, fazem parte da tradição islâmica. Para Soraia, urge recuperar esses exemplos, lembrar deles, compreendê-los – e, sobretudo, incorporá-los na vida dos crentes. Em suas palavras, o Alcorão e a *sunnah* mostram aos muçulmanos que nem tudo “são flores”: falam de “inveja, ciúmes, competição”, evidenciando que todas essas são “questões humanas”.

Esse *grieving*, o sofrimento, a saúde mental mesmo, ela existe na tradição religiosa islâmica. A gente tem inúmeras *duas* [súplicas] ensinadas por Allah através dos profetas, compilados por vários companheiros do Profeta Muhammad, falando sobre fazer *dua* para tristeza, para a ansiedade, para a depressão. Poxa, *se o nosso Profeta, que foi o exemplo para a gente, fazia súplicas para ele não ficar triste, para ele não sentir angústia, não entrar em depressão, o que será de nós?*

É interessante o uso que ela faz da palavra “*grieving*” – mais comumente traduzido como luto, mas também aludindo ao sofrimento e à aflição, este termo da língua inglesa sintetiza um episódio importante que ela viveu, mas também fala do que todos nós enquanto sociedade temos vivido nestes últimos anos. A pandemia de Covid-19 é pano de fundo de toda a tese: afinal, além de todas as mudanças que promoveu e de todas as vidas que ela ceifou, nunca falamos tanto de saúde mental como de 2020 em diante – e é inclusive à pandemia que Soraia atribui o fomento da discussão sobre saúde mental dentro da comunidade religiosa. Os debates acerca da importância do cuidado em saúde mental durante este período crítico

extrapola os objetivos desta tese, mas vale mencionar que acompanhei por meses a fio uma profusão de *lives* e *webinars* sobre o tema, direcionados especificamente às comunidades muçulmanas ao redor do mundo, especialmente nos Estados Unidos.

A pandemia ajudou a falar mais sobre saúde mental dentro da comunidade. Igual a Dra. Rania [Awaad], nossa, eu amo ela. Ela é muito boa, *Mashallah*. Que clareza! Ela sabe combinar tão bem a saúde mental com a religião. Eu acho que a pandemia, se é que eu posso falar assim, de algum benefício que ela trouxe, foi isso da gente conseguir olhar para a saúde mental de outra forma. De uma forma acolhedora. Foi muito difícil conseguir se manter são diante de tudo que estava acontecendo. Só que eu acho que quanto mais a gente conhece sobre a religião, melhor. E eu percebo que outra coisa que a pandemia trouxe foi isso de digitalizar tudo, né? A aula que tá tendo lá nos Estados Unidos, a *khutba* [sermão] que tá tendo lá na Finlândia, ou na Noruega, eu consigo acompanhar, consigo já ouvir aqui e agora. Isso não era possível antes. Eu acho que essa foi uma das benesses que a pandemia trouxe, se é que eu posso falar assim. Com isso, a gente conseguiu ter uma percepção melhor e maior sobre os impactos disso tudo na vida social da gente, né. Então eu vejo com bons olhos. Tá melhorando.

Não é tão simples para Soraia falar em possíveis lições benéficas tiradas deste longo período pandêmico: em plena pandemia, para além da preocupação com o vírus, Soraia viveu uma experiência limítrofe ao ser hospitalizada devido a uma doença grave descoberta durante este momento crítico.

Eu tive um risco iminente de morte mesmo. Foi uma situação muito forte. E assim, durante todo o período que eu fiquei no hospital, eu só pedia perdão, porque eu ficava pensando: gente, essa doença veio para eu expiar os meus pecados. *E eu não posso sair daqui praguejando, eu tenho que sair agradecendo*. Tinha acabado de terminar o Ramadã, eu li todo o Alcorão no mês de Ramadã. Eu assisti inúmeras aulas. Eu falei: cara, Deus está me permitindo morrer agora, que eu estou mais próxima dele. Eu só pensava nisso. Mas aí virava para aquele outro lado: e os meus filhos, né? A gente só pensa nos nossos filhos. Eu ficava pensando: quem vai cuidar deles? Mas eu só pedia perdão, perdão, perdão, perdão. Porque é o que a gente quer no final das contas, a gente quer conquistar o paraíso, e a gente não consegue entrar no paraíso com pecados. Então eu tinha muito claro pra mim que isso era a expiação dos meus pecados e tal. Quando eu comecei a melhorar fisicamente, começou a virar uma questão emocional. Aí me bateu muito forte emocionalmente. Foi muito forte.

Religiosamente, tanto a saúde quanto a doença são entendidas como presentes de Deus, Criador, para as criaturas: ambas fazem parte de um *continuum*. Ao ser agraciado com a saúde, o muçulmano assume o dever de preservar a vida, a saúde, o corpo, a integridade, a dignidade. No que se refere à doença, baseados em um conjunto de ensinamentos proféticos, muçulmanos



acreditam que, mesmo quando afligidos por dificuldades, também elas servirão ao seu benefício. Soraia interrompe sua narrativa sobre a hospitalização, a qual ela retomará muito em breve, para nos oferecer mais uma série de exemplos proféticos sobre este reposicionamento que o Islã faz sobre o que é saúde, doença e sofrimento:

Existe uma sabedoria por trás de todos os testes que Deus coloca para a gente. Todos os testes, principalmente na saúde. Teve um cego que chegou ao Profeta Muhammad e pediu para ele fazer uma *dua* [súplica] para ele recuperar a visão, para ele conseguir enxergar. E aí o Profeta falou: se você quiser que eu faça *dua*, eu faço e você recupera a visão, mas se você não quiser, o paraíso está garantido para você. Ele falou: eu quero que você faça sim, *Rasulullah*<sup>59</sup>. Era direito dele! Não tem problema nenhum ele querer enxergar nessa vida, ele pode tentar o paraíso de outra forma. E aí, neste mesmo *hadith*, fala de uma mulher que tinha epilepsia, tinha muitas crises [voz embargada]. Ai, eu até me emociono. E ela pediu para parar de ter essas crises. E ele, o Profeta Muhammad, falou a mesma coisa: se você quiser, eu faço *dua*, mas se você não quiser, o paraíso já está garantido pra você. Ai ela preferiu o paraíso. Ela perguntou: posso só pedir uma condição? Quando eu tenho as minhas crises, a minha *awrah* [partes íntimas] fica exposta. Só peço para você pedir a Allah que o meu corpo não fique exposto quando eu tiver as crises. Tipo, olha a fé! Ela tava preocupada com a *haya* dela, com a modéstia dela. É muito lindo!

E continua:

Tem um *hadith* que fala que às vezes Allah quer o paraíso para aquele crente, mas aquele crente não merece o paraíso pelas práticas dele, porque ele não tem práticas muito louváveis. Então Deus dá essa doença para ele, para que ele consiga o paraíso. Através desse teste da paciência dele, ele vai alcançar o paraíso. Então é dessa forma que a gente tem que ver a doença, tanto fisiológica quanto mental. Até uma febre. O Profeta Muhammad uma vez foi visitar um doente que estava com febre e o homem começou a amaldiçoar essa febre dele. Então o Profeta falou: não, não faça isso, porque essa febre é purificação para os seus pecados. Aceite a sua febre. Tudo, até uma agulha que acomete um crente, tem sua recompensa. Deus não acomete o crente sem ter uma recompensa para ele. Por isso a gente tem que sempre agradecer, seja uma doença física ou emocional. Agradeça.

A ideia central islâmica quanto se trata de saúde, doença e sofrimento é a de que o muçulmano deve ser grato a Deus por tudo: deve cultivar tal sentimento benfazejo não apenas em situação de saúde, ou após a recuperação desta, mas justamente enquanto vive as aflições, em meio ao sofrimento. Ser capaz de agradecer a Deus pelo próprio sofrimento, pela turbulência, é o ápice da gratidão. Além de permitir um estreitamento da conexão com Deus,

---

<sup>59</sup>Mensageiro de Deus.

muçulmanos-as costumam entender a doença como uma possibilidade de abertura para as relações entre os seres humanos. Como mencionado na seção sobre a Era de Ouro do Islã e retomado agora na narrativa de Soraia, a religião estimula as pessoas a visitarem as que estão doentes, oferecendo-lhes suporte, companhia e auxílio, máximas da hospitalidade islâmica (Siddiqui, 2015).

Mas é preciso saber dosar o discurso: ser grato, mas também se permitir sofrer – tal qual os profetas, deve-se saber acolher e respeitar as dores, tanto as suas quanto as dos outros.

Quando saí do hospital, muita gente vinha me perguntar como eu estava. Eu só respondia *alhamdulillah*, eu tô bem, *alhamdulillah*. E a pessoa falava: ai, você tem que agradecer. Gente, é claro que a gente agradece. Óbvio que eu me sentia grata. Mas menina, eu fiquei com um estresse pós-traumático. *Foi uma quase morte*, eu não conseguia dormir, tive que entrar em medicamento. Fiz xixi na cama, porque eu fiquei usando fralda muito tempo. Então desregula tudo, sabe? E comecei a ter muitos pesadelos, quando eu lembrava nem conseguia respirar. Eu lembrava de quando eu comecei a vomitar sangue. Isso tudo ficava vindo toda hora. E mesmo enquanto eu estava no hospital, quando eu estava melhorando, mesmo estando no hospital eu ficava meio assim porque as pessoas ficavam repetindo isso: você tem que agradecer, você tem que agradecer. Sabe? *Gente, respeita a dor do outro. A gente só consegue lidar com a nossa dor física quando a gente respeita a nossa dor emocional*. Acolha a sua dor emocional. E, se alguém não conseguir acolher a sua dor emocional, fale pra essa pessoa, porque essa pessoa precisa aprender a acolher a sua dor. Acolher a dor do outro. Não é porque você não sente a dor que ela não é real. *Sejamos mais empáticos, sabe? Não é só ai, agradeça e tal*. Teve gente que falou para mim: ah, já passou, agora é página virada. Não é não! A gente tem que ter maturidade para acolher tudo que acontece para poder realmente seguir em frente. Está triste? Sente a tristeza! Qual é o problema? Qual é o problema de você estar triste?

Soraia recorda que há uma linha tênue entre ser prestativo e ser invasivo, e alude ao versículo alcorânico que diz que “Deus não impõe a nenhuma alma uma carga superior às suas forças” (Alcorão, 2:286): cada alma tem sua carga, pois os limites entre as pessoas são distintos, sendo de foro íntimo o quê e o quanto cada um é capaz de suportar, de dar conta, de manejar. A interlocutora comenta que, de fato, foram muitas as cargas colocadas sobre ela nos últimos anos: após seu reestabelecimento da doença grave que a acometia, foi surpreendida com o diagnóstico de transtorno bipolar.

A partir deste ponto, a interlocutora nos traz um pouco sobre a sua boa experiência com sua psicóloga, respeitosa com suas crenças e atenta o suficiente para, já nesta fase de vida adulta, madura, diagnosticá-la. Soraia aproveita a ocasião para fazer mais uma menção ao Profeta Muhammad que, para ela, foi o “melhor psicólogo” que já existiu: paciente, atento às necessidades das pessoas, gentil e empático.

Infelizmente a gente tem esse *gap* na nossa comunidade, isso de achar que não existe essa questão de saúde mental. Que ou você tá bem da saúde fisiológica ou não, e que quem tem um problema emocional, mental, ele tem um afastamento religioso. Também tem muito disso de achar que psicólogo é coisa de quem é louco. E nada disso é verdade.

Soraia afirma que “o que a comunidade árabe faz é desprezar o doente”, mas não deveria. Se o Islã possui um conceito tão positivo acerca de saúde e doença, entendendo-as como bênçãos divinas que passam pelo corpo, pela mente e pelo coração, ou seja, pelas dimensões física, mental e espiritual, é preciso investigar por quais motivos os estigmas se cristalizaram dentro das comunidades muçulmanas: afinal, como desdobramento de tal cosmologia, também um diagnóstico de transtorno mental ou uma experiência de sofrimento psíquico deveriam ser compreendidos como possibilidades tangíveis a qualquer muçulmano-a, parte das adversidades que podem vir a enfrentar em algum momento de suas vidas.

Mãe de um filho autista, Soraia se deparou com o preconceito irradiado na comunidade “não só com o doente psicológico, mas com o doente mental mesmo”:

Por muito tempo, crianças com Síndrome de Down ou com problemas severos, como uma paralisia infantil, eram escondidas dentro de casa. Isso era uma prática comum entre os árabes. É muito triste porque isso não é vergonhoso, não tem que ter vergonha.

Desde o nascimento do filho, Soraia divulga informações sobre o transtorno do espectro autista (TEA) em suas redes pessoais e, com tal trabalho informativo, sabe já ter auxiliado “mais de dez mães a diagnosticar seus filhos”. Soraia diz que o trabalho de conscientização junto à comunidade não é fácil, mas é gratificante poder “ajudar as pessoas a não passarem pelo que ela passou”, pois “na época, não tive auxílio, eu não sabia qual caminho tinha que atravessar”.

*Nada acomete um crente sem que Allah já tenha prescrito a recompensa pra ele. Isso é lindo demais! O Islã alivia a vida do crente. Allah fez a gente assim, somos todos imperfeitos. O Islã traz a forma como o ser humano é, com todas as suas falhas. Eu acho isso muito incrível. Tem um *hadith* lindo que diz que Allah gosta mais de um pecado que te leva mais próximo a Ele do que daquele que nunca pecou e está afastado de Allah. Aquela pessoa que teoricamente não peca, e é soberba, ela se afasta de Allah. Mas Allah prefere aquele que pecou, e que o pecado trouxe ele para perto. Então quando você recebe um teste de Deus, por exemplo uma doença, e isso te aproxima de Allah, isso foi uma *barakah* [benção], isso foi algo bom para você. *Allah não quer a perfeição de você, Ele não quer você perfeito. Ele sabe quem ele criou. Ele quer que você se aperfeiçoe. Ele quer que você se aperfeiçoe com as ferramentas que Ele te dá.* As pessoas acham que o Islã é sobre proibição, não, não é. O Islã é sobre melhoria.*

Trata-se de uma visão compartilhada por outras mulheres: saúde mental também é sobre essa melhoria constante, um aperfeiçoamento ao longo da vida - e, como o Islã orienta os-as muçulmanos-as a serem a melhor pessoa que podem ser, muitos-as vão considerar que tal autodesenvolvimento pode ser *facilitado* pelo Islã. O pensamento islâmico repousa na ideia de que a vida é difícil e que o sofrimento humano é inevitável, mas este costuma ser entendido como uma forma de promover a aproximação e não o afastamento. De acordo com a interlocutora, “a religião pode aliviar a nossa tensão, o nosso estresse, o nosso peso, o nosso fardo”, pois traz consigo “ensinamentos para levar a vida com mais equilíbrio e com saúde mental”. Ela arremata: “está tudo na religião o tempo todo”.

## **6. “Se a sociedade não colaborar, não tem melhora”: a dimensão sociopolítica do sofrimento de mulheres muçulmanas brasileiras**

Como já se sabe, a OMS define saúde como um estado completo de bem estar físico, mental e social do ser humano, ao contrário do senso comum, que infere que saúde seria apenas a ausência de doenças. Embora passível de críticas, essa definição é relevante porque entende que uma pessoa goza de saúde quando os aspectos físicos, mentais e sociais estão bem alicerçados. Chamamos essa abordagem de biopsicossocial - temos um corpo integrado à uma mente e, enquanto sujeitos, somos diretamente constituídos e atravessados por um tempo histórico, um contexto social, cultural, político, econômico; a este modelo, incorpora-se também a dimensão espiritual, já devidamente reconhecida como fator de saúde (Toniol, 2022).

Tal paradigma permite compreender a saúde como questão coletiva, que extrapola o indivíduo. No entanto, embora a saúde seja um direito humano fundamental, que deveria ser assegurado sem qualquer distinção, sabe-se que as desigualdades fragilizam os indivíduos para o desenvolvimento de certas condições psíquicas como resposta ao sofrimento vivenciado: emerge a noção de sofrimento sociopolítico, que escancara a concatenação entre os campos social, clínico e político, elementos indissociáveis na produção das subjetividades (Rosa, 2016).

Dentre os grupos vulneráveis estão as minorias religiosas, suscetíveis à segregação e ao desamparo social. Nos últimos anos percebemos que a crescente intolerância em relação ao Islã e aos seus seguidores intensificou-se, fato que atribuímos ao clima intransigente que têm se alastrado no Brasil e atizado manifestações violentas contra as religiosidades não-hegemônicas. Em campo, já vínhamos fazendo o acolhimento de numerosos casos envolvendo agressões verbais, físicas e simbólicas direcionadas sobretudo às mulheres muçulmanas que usam o *hijab*, o véu islâmico: são mulheres que estão mais expostas por evidenciarem publicamente sua filiação religiosa.

Esta abundância de relatos e a incipiência de dados formais sobre este fenômeno motivaram o GRACIAS a investigar a fundo a questão, o que deu origem ao I Relatório de Islamofobia no Brasil (2022), documento que evidencia como esta depreciação feita pela sociedade em relação à religião islâmica faz com que muçulmanos-as enfrentem dificuldades consideráveis no acesso à educação, ao mercado de trabalho e até mesmo ao sistema de saúde - como consequência de tais agravantes, muçulmanos-as podem apresentar um acentuado sofrimento psíquico, níveis mais baixos de bem-estar e um pior estado geral de saúde.

Diante de tais dados, chegamos ao sexto e último capítulo desta tese: Stéfani, Débora e Verônica são as interlocutoras que realçam a dimensão social da saúde mental, entrelaçando-a a diversos marcadores sociais da diferença, como raça, gênero e classe. Ao revelarem suas experiências de precariedade, violência e exclusão, apontam para o impacto negativo do sofrimento sociopolítico sobre a dinâmica psíquica de muçulmanas brasileiras.

As interlocutoras frisam que a saúde mental não se reduz a uma equação bioquímica: ela fala dos modos de vida das pessoas, dos grupos, das comunidades. Por um lado, é certo que a violência, o desprestígio, o preconceito e a falta de reconhecimento são potencialmente adoecedores e trazem prejuízos à saúde mental das mulheres aqui mencionadas. Por outro, todas acreditam que é justamente do coletivo que devem surgir as iniciativas de promoção de saúde: cultivar laços afetivos, sentir-se parte de um grupo, ter sua crença, suas experiências e seus saberes respeitados e valorizados, ser ouvido e receber apoio social também devem ser fatores considerados na composição da saúde mental. Afinal, como será dito pela interlocutora Débora em trecho que dá nome a este capítulo, se a sociedade não colaborar, não há melhora possível.

Neste capítulo, portanto, a saúde mental será discutida enquanto responsabilidade coletiva, diferindo substancialmente do enfoque individualizante apresentado no capítulo 4. A crítica das interlocutoras se estenderá também à comunidade religiosa que, na visão das três, nem sempre exerce o preceito islâmico de zelar pelo bem-estar geral e de estender a mão aos

que se encontram em sofrimento – se o Islã é uma religião que preza pela cooperação e pela coletividade, logo o cuidado também deveria ser compartilhado.

### **6.1 “As muçulmanas revertidas vivem a islamofobia dentro da islamofobia”: os impactos da reversão sobre a saúde mental**

Stéfani foi uma das primeiras mulheres que conheci em campo, quando no início de 2016 comecei a frequentar o curso de Islã para revertidos na Mesquita de Santo Amaro, em São Paulo. Ao longo dos anos mantivemos interações afetuosas pelas redes sociais e, quando a convidei para conversar comigo para a pesquisa, imediatamente aceitou contribuir.

Extremamente empenhada na organização de atividades religiosas na mesquita, Stéfani sempre me causou uma forte impressão, por ser uma mulher bastante franca e objetiva. Nossa conversa não poderia ter sido diferente: dentre todas, nossa interlocução foi a mais rápida e direta, mas não por isso menos rica. Ela, que desde a reversão tem atuado na comunidade em ações majoritariamente direcionadas a este público, trouxe à tona as particularidades de ser uma mulher revertida e os efeitos desse processo de reconhecer-se como muçulmana sobre a saúde mental das brasileiras.

Na mesma toada das interlocutoras que veremos adiante, Stéfani inicia sua narrativa pelo *hijab* e pelas agruras da islamofobia como consequência de seu uso. As interlocutoras fazem coro a centenas de outros casos com os quais nos deparamos na pesquisa sobre islamofobia promovida pelo GRACIAS: o estudo coordenado pela Prof<sup>ta</sup> Dr<sup>a</sup> Francirosy Campos Barbosa sugere que mulheres muçulmanas no Brasil apontam o uso do véu como um dos principais catalisadores de intolerância religiosa em espaços públicos.

Teve uma época que eu cheguei a usar o *hijab*, mas na minha profissão não tem a menor condição. Eu fui transferida de setor por conta da discriminação. Claro que ninguém falou que era por causa do *hijab*, mas a gente sabe, né? Na rua já puxaram, no shopping já fui discriminada por uma vendedora. Estava andando com uma amiga, aí nós ouvimos uma pessoa gritando assim: *por que vocês não voltam para as suas terras, suas desgraçadas?* Esse tipo de coisa toda. Há uma ignorância, uma incipiência latente aí,

que parece que a gente não consegue esclarecer, por mais que tente. A pessoa faz questão de ser ignorante, ela não quer saber. É intolerância mesmo. Então lógico, quando eu vou para a mesquita, eu vou de *hijab*. Mas, no dia a dia, eu não uso. É uma opção minha. Tem quem diga: ah, mas a jurisprudência, isso e aquilo. Só que, para mim, não existe uma fé cega.

Stéfani recorda dos “nossos tempos” de aulas de religião na mesquita, e acrescenta: “o que eu aprendi, inclusive com o *sheikh*, é que a fé islâmica é aquela fé que lida com a lógica”. Até hoje me lembro com carinho da aula a qual a interlocutora faz menção. Na ocasião, o *sheikh* Bukai havia perguntado para a turma: “o que é mais importante, o conhecimento ou a fé?”. A resposta, nem sempre óbvia, era a de que o conhecimento seria mais importante, já que se entende que ele é o elemento que fortalece a fé – sem ele não haveria a fé, pois seria incoerente, ilógico e irracional ter fé em algo que você não conhece (Paiva, 2018, p. 9). A interlocutora se pauta nessa mesma proposta para justificar a retirada do *hijab*: intelectualmente e racionalmente, ela sabe que se trata de uma prescrição religiosa; no entanto, crê que ignorar as consequências que o uso da vestimenta religiosa assume no seu entorno profissional e social seria equivalente a se render a uma fé cega.

Para Stéfani, essa “fé cega”, que “beira a histeria”, é corresponsável pelo fomento da intolerância. Ela conta que já recebeu inúmeras mensagens de homens muçulmanos “perguntando se eu queria morrer no inferno porque eu não estava usando o *hijab*”, assim como já foi abordada por mulheres muçulmanas de origem árabe insinuando que ela, brasileira, estaria na mesquita para “arranjar casamento”. A interlocutora se sente injustiçada quando isso acontece, pois considera que trata o Islã “com a seriedade que a religião merece, que a religião exige”, na contramão de muitos que de fato “não querem saber da religião”, apenas “querem o oba oba”. De acordo com ela, a “fama das brasileiras” é utilizada por algumas muçulmanas árabes como justificativa para a “resistência” que elas apresentam em relação às revertidas.

Stéfani faz um lembrete: “a religião é para todos”. Não obstante saber que está no seu “direito de ser muçulmana”, isso não a isenta do sofrimento: em sua visão, a saúde mental das



mulheres revertidas é afetada diretamente pela desvalorização que as atinge por todos os lados da sociedade. Para a interlocutora, o preconceito e a violência vêm não apenas de fora, por parte de quem não é muçulmano-a, mas se perpetua dentro das comunidades quando é reproduzido por certos muçulmanos-as:

Essa desvalorização das mulheres, às vezes feita pelas próprias mulheres muçulmanas, é muito prejudicial para a saúde mental de nós que somos revertidas. A saúde mental está atrelada a esses problemas, a essa desvalorização. Engloba a parte do casamento, a parte da desvalorização da sociedade, do meio em que a gente vive. *A brasileira faz uma força enorme pra tentar se encaixar em algo, só que ela não vai ser árabe nunca, e nem plenamente aceita como brasileira nunca.* Nisso, a saúde mental da mulher muçulmana brasileira [revertida] vai para o chapéu.

A interlocutora traz o tópico à tona para introduzir o que ela chama de “*islamofobia dentro da islamofobia*”, ou seja, a atitude de certos muçulmanos que se colocam uns contra os outros ao invés de se unirem contra a islamofobia externa, que vem de fora da comunidade. Para Stéfani, os muçulmanos se fragmentam ainda mais quando reproduzem entre si tais padrões de julgamento: estes respingam no elo “mais fraco” da comunidade que, em sua opinião, são precisamente as mulheres brasileiras revertidas.

*Com as revertidas é tudo mais: mais preconceito, mais dificuldades.* Isso no casamento, na sociedade, com os próprios dirigentes islâmicos, no trabalho, dentro da própria casa. *A gente vive em um limbo.* E trabalha a nossa resiliência no limbo. Vendo de dentro e de fora, como a pessoa tá? No limbo, tentando lutar por um lugar ao sol. *As muçulmanas revertidas vivem a islamofobia dentro da islamofobia.* Como fica a saúde mental da mulher, tendo que lidar com todos esses aspectos? É uma luta constante.

Stéfani elenca as dificuldades pelas quais passou e segue passando desde que se reverteu ao Islã: são, em sua maioria, atos de intolerância exercidos no cotidiano por parentes e/ou amigos próximos.

Parecem coisas pequenas, mas que vão minando a cabeça da mulher. São pequenas coisas todos os dias, no cotidiano mesmo. Tipo, carne de porco. Na minha casa temos duas geladeiras. Meu irmão tá lá fritando a linguiça dele, e eu que me vire. Porque ele vai usar tudo, todos os utensílios, vai espirrar gordura do porco, e eu vou ter que lidar com isso. Tem gente que tem a cabeça mais aberta, e tem gente que tem a cabeça mais fechada. Dizem: ah, é uma escolha que você fez. Mas essas resistências prejudicam e muito a saúde mental do outro.

Os resultados compilados no I Relatório de Islamofobia no Brasil (2022) indicaram que a relação conflituosa com a família parece ser uma constante entre as revertidas. Stéfani fornece um exemplo concreto disso quando faz referência à dificuldade de seguir as prescrições religiosas alimentares em uma residência na qual é a única muçulmana: como no Islã há uma proibição de que muçulmanos ingiram carne suína e derivados, foi feita em sua casa uma divisão dos alimentos por meio da separação das geladeiras. No entanto, a interlocutora deixa entrever que é o tempo todo “lembrada” de sua “escolha” pela reversão ao Islã, ou seja, demanda-se dela que arque com as consequências de ser muçulmana em uma casa e em uma sociedade nas quais ela é uma minoria, uma exceção, e não a regra. Esse discurso, na opinião de Stéfani, também é violento.

São escolhas que a gente faz na vida que, realmente, você não pediu a opinião do outro. E, de fato, o outro não tem nada a ver com a sua vida, se você quiser plantar bananeira você planta. Quem paga minhas contas sou eu, popularmente falando. Mas aquilo tudo ofusca, reflete em você. São afetos.

A interlocutora afirma “bancas suas escolhas”, tomando na mão as rédeas de sua vida, mas parece sugerir que não recebe a contrapartida, que seria o respeito dos demais em relação às decisões que tomou. Tal qual a gordura de porco que respinga no fogão e a incomoda e ofende, Stéfani sugere que resquícios dessa violência implícita também a ofuscam, pois trata-se do que é experimentado no plano dos afetos. Racionalmente, no entanto, a interlocutora afirma tentar transformar esses incômodos em crescimento pessoal:

Para não me abater, eu tento crescer. A gente precisa de um aprimoramento pessoal. O Budismo fala muito disso também. Acontece que as pessoas não trabalham no que edifica, mas no que destrói. *Esse processo de melhoria, de aprimoramento pessoal, também é saúde mental.* O Islã me ajuda a ser uma pessoa melhor.

A visão da interlocutora é extremamente importante: como já visto, a saúde mental não se resume à doença, ao transtorno. Como sugere Stéfani, falar de saúde mental também pode ser equivalente a falar do que ajuda alguém a crescer, a ser melhor, a se aprimorar. Nesse

sentido, afirma que o Islã a ajuda a ser uma pessoa melhor, sendo a religião benéfica para a sua saúde mental na medida em que se trata de um *projeto de vida*.

Para mim, o Islã é como um projeto. Você foca no seu projeto. Acontecem mil coisas ao seu redor, mas o projeto é seu, você tem que terminar, precisa de foco. As coisas vão acontecendo no decorrer do caminho, mas você tenta não absorver porque você tem um foco. Tem algo maior que é importante para você. É isso. Eu tenho mil projetos, eu estou estudando muito a fundo a oração, por exemplo. Eu quero é que a minha oração seja válida, não quero cuidar da grama do vizinho e me perder. E aí o que acontece é que muitas pessoas não percebem isso. Eu também demorei para perceber.

De acordo com Stéfani, quando existe um propósito maior, as pessoas se abalam menos com as adversidades que encontram pelo caminho. A interlocutora recorda que a religião existe para facilitar a vida do crente:

A religião, como qualquer outra área da nossa vida, é simples. A gente é que complica. Qual é o sentido da religião? É entrar em contato com Deus. Ponto. Tudo que vem agregado é penduricalho. *Falar que nada me atinge é mentira. Atinge, vai atingir.* Mas qual é a minha atitude mental? A atitude mental é: de minha parte, quero conversar com Deus. Eu não sou psicóloga, mas sei que é completamente impossível se adaptar aos quereres de todo mundo. Não tem como, não existe isso. Então eu cuido do *meu* relacionamento com Deus.

Na sequência, Stéfani fala do incômodo que sente com as pessoas que “cuidam da grama do vizinho” na mesquita, quando deveriam estar focadas nas suas respectivas práticas religiosas:

Eu não vou na mesquita para bater papo, eu vou lá pra rezar. Mas outro dia eu fui na *Salat al-Jumu'ah* [oração de sexta-feira] e aí tinha lá uma estrangeira que ficou me olhando e perguntando um monte de coisa, se eu era brasileira, isso e aquilo. Como não dei corda, ela foi para cima de outra, uma mocinha, brasileira também, grávida. Ficou perguntando sobre o marido dela, toda despeitada, fazendo uma avalanche de perguntas para a moça. Isso não acaba. *São pessoas problemáticas que querem disputar espaço*, como se o espaço fosse só dela. Querem disputar um poder que nem existe. E aí você percebe que esse espaço, que deveria ser o primeiro a acolher, muitas vezes não acolhe.

Justamente porque se entende que o Islã é uma religião universal, nos espaços religiosos islâmicos todos são bem-vindos, o que não deixa de ser um teste de tolerância, um desafio de convivência. Ao longo de toda a tese, as interlocutoras têm apontado para a dificuldade humana de lidar com a diferença - com este *outro* que é diferente de mim. A comunidade, embora unida

pela crença comum, também é heterogênea: as pessoas vivem suas vidas - e, por vezes, a própria religião - de maneiras muito distintas.

Tem muitas mulheres que já entram no Islã com a saúde mental muito abalada, *a gente já acolheu muitas mulheres muito problemáticas na mesquita*. Já chegam no Islã com esse histórico. *Na mesquita, assim como em qualquer lugar que a comunidade se reúne, existem pessoas com estados mentais diversos, com histórias diferentes*. Existem pessoas problemáticas, mas ali é um espaço público, que é para todo mundo. Você não conhece a pessoa que vai entrar ali. A pessoa vai estar do seu lado e você inicialmente vai chegar com seu coração aberto para Deus, e para ela também. É aquilo, né? *De perto, normal ninguém é, né?* Mas mentalmente falando, você espera um nível mental normal, vamos colocar assim. As pessoas supõem que todas as outras pessoas são seus pares, só que muitas vezes não são. A pessoa que está do seu lado pode vir com uma carga emocional ou mental totalmente problemática, no sentido de ter algum transtorno psíquico realmente, ou a pessoa vem com maldade, com mil e uma aspirações que a gente não sabe, a gente não conhece. *Na mesquita, as pessoas estão unidas pela religião, mas muitas vezes são pessoas completamente diferentes*.

Se lidar com tamanha diferença é difícil para os membros da comunidade, o desafio se multiplica entre os *sheikhs*. Stéfani, assim como Laura, reconhece que é preciso ter mais empatia com os líderes religiosos, evitando cobrá-los em demasia em situações que extrapolam a sua alçada, os seus limites de aconselhamento e de orientação.

Eu percebo que os *sheikhs* estudam teoricamente os assuntos, mas nas questões práticas eles se abstêm. Se eu fosse um líder religioso, eu cuidaria do meu rebanho. Sabe? Então, eles [*sheikhs*] falam muito sobre ansiedade e sobre depressão, por exemplo, mas se eu falo de um problema específico para eles, eles respondem: ah, tem que ter paciência, assim, assim, assim. Por outro lado, eu entendo que eles têm uma certa razão, porque se eles forem absorver os problemas de todo mundo que chega lá, estão perdidos. Eles são meio psicólogos nesse sentido, né? Tem que ouvir, tentar ajudar, mas sem se envolver demais. Vendo de um outro aspecto, de perto e de dentro, antropologicamente falando, sei que eles têm que preservar a saúde mental deles também. Só eles sabem o que é estar ali, nessa posição. Acho que é uma certa autopreservação, talvez.

Regina já havia feito um paralelo entre *sheikhs* e terapeutas, Soraia tinha apontado que o Profeta Muhammad foi “o melhor psicólogo” que já existiu, e Stéfani acrescenta que o *sheikh*, tal qual o profissional *psi*, tem a árdua tarefa de cuidar do outro de acordo com uma justa medida para que não termine descuidando de si próprio: assim como o psicólogo precisa desenvolver estratégias para não mergulhar nas questões dos pacientes, o *sheikh* também precisa de uma

distância segura para “ouvir, tentar ajudar, mas sem se envolver demais”. O problema, no entanto, é que:

As mulheres revertidas não têm o aconselhamento necessário. As revertidas não têm família muçulmana. Ninguém consegue aconselhar essas mulheres da forma como deve ser feito, da forma como elas precisam. Falar meia dúzia de palavras não é apoio. Dar um tapinha nas costas e falar que sente muito, isso também não é apoio. Sinto falta de um: olha, você não tem família muçulmana, qualquer coisa manda falar comigo.

De acordo com ela, as mulheres muçulmanas revertidas, por não terem nascido em “*berço islâmico*” e por terem os seus círculos sociais limitados após a reversão, vivem em latente estado de desamparo e solidão. Como vem sendo apontado desde o projeto que dava base a esta tese de doutorado, muçulmanos-as revertidos-as se apoiam fortemente no aconselhamento recebido pelos líderes religiosos e outras figuras de destaque da comunidade: ainda que falho, muitas vezes esta é a única ou a mais viável opção disponível. Para Stéfani, ser e sentir-se melhor amparada nas suas necessidades específicas seria importante, mas ainda é algo que ela afirma vislumbrar apenas em um “horizonte muito distante”.

## **6.2 Quando “*algo acontece e gira a chavinha*”: violência, precariedade e ansiedade**

Logo no primeiro contato estabelecido com Débora por *WhatsApp*, quando estávamos marcando o dia e horário em que nos encontraríamos por *Skype*, ela disse que teríamos muito o que conversar, pois além de gostar de ajudar os pesquisadores, temos um forte ponto em comum: Débora dedica seus estudos tanto à sexualidade, tema que busquei desenvolver no mestrado, como ao apoio psicológico de mulheres, tema ao qual me lancei neste doutorado.

Como de praxe, abrimos nossa conversa de forma descontraída, e deixo-a à vontade para se apresentar. Ela, revertida há quase uma década e que há alguns anos faz tratamento para transtorno de ansiedade generalizada e para episódios depressivos, diz que para começar a falar da sua saúde mental precisa retomar sua infância e, até mesmo, a ocasião do seu nascimento.

Vou começar bem da infância porque *minha história com a saúde mental começa bem pequenininha mesmo*. Na família da minha mãe tem todo um histórico de doenças

mentais: tem depressão, esquizofrenia, síndrome de Asperger. Mas principalmente depressão, *depressão é o que mais tem*. Quando a minha mãe engravidou de mim, a minha mãe estava com muitos problemas, foi uma gravidez muito nervosa, foi bem conturbada. Então minha mãe conta que eu bebezinha, quando eu ia mamar, fazia algo que eu faço até hoje. É um movimento que eu faço assim com a mão quando eu tô muito nervosa [demonstra]. Ela diz que eu fazia isso no peito dela. *Então eu acredito que sou ansiosa desde a barriga dela* [risos].

A interlocutora segue fornecendo um panorama geral do seu desenvolvimento: “na infância eu era uma criança muito nervosa, muito ansiosa” e, na transição para a adolescência, passa a se “isolar dentro do quarto”, o que perdura até a entrada na fase adulta. Débora conta que, como estudava à noite, dormia o dia todo, pois “*era uma fuga, uma forma de fugir*”. Depois de dois anos, sente que seus estudos estão sendo afetados, e opta por abandonar a faculdade.

Meu sonho era sair da minha cidade, eu tinha que sair de lá de qualquer jeito, eu não aguentava mais aquilo. Só que no Rio de Janeiro eu me deparei com uma realidade em que eu estava sozinha, sem minha família. Eu era a garota que nunca tinha trabalhado na vida, na minha cidade eu nem saía muito sozinha, então eu vim para o Rio de Janeiro despreparada para viver em uma cidade grande. *Então aqui começou a aparecer todos os sintomas, e ainda mais fortes*. Aqui eu dormia o dia todo, acordava oito da noite só para fazer janta para o meu marido, que era o único momento em que eu ficava feliz. Era quando eu tinha companhia, porque eu passava o dia todo sozinha em casa. Isso foi perdurando, perdurando, até que *na época da morte da Marielle [Franco], aí eu comecei a ter pânico mesmo*. Eu não conseguia ficar em casa, tinha tremor, falta de ar.

Em levantamento das pesquisas realizadas sobre saúde mental de muçulmanos-as entre os anos 2000 e 2015, apontou-se uma relação direta entre aspectos locais e a temática predominante a ser estudada (Altalib, Elzamzamy, Fattah, Ali, & Awaad, 2019). Nos Estados Unidos, por exemplo, é extenso o contingente de pesquisas sobre a islamofobia; já países como Iraque, Afeganistão e Palestina, dada sua história conflituosa, tendem a publicar mais sobre a relação entre guerra, trauma e saúde mental. Os países europeus, que receberam nos últimos anos uma quantidade expressiva de refugiados, têm se debruçado sobre os efeitos psicológicos dessa situação extrema, bem como os reflexos desse fenômeno sobre os serviços de saúde; ao passo que a pesquisa feita em países africanos parece focar nas concepções explicativas e nas práticas de cura culturais-religiosas para determinados transtornos, sobretudo os dissociativos.

Em nosso país, antes mesmo do início formal da pesquisa, considerei que o recorte preponderante penderia sobre a ansiedade e a depressão, por serem estas as nossas questões mais urgentes. Quando buscamos entender os motivos pelos quais somos “o país mais ansioso do mundo”, parece-nos impossível escavar as respostas sem olhar para as questões sociais, para a nossa desigualdade estrutural e tudo que ela acarreta: violência, pobreza, fome, falta de moradia, insegurança. Afinal, não temos garantidos nossos direitos básicos, não temos garantidas condições de vida dignas.

Em nosso diálogo, Débora não descarta os aspectos orgânicos da saúde mental, pois como visto iniciou a conversa apontando ser ansiosa “desde a barriga da mãe” e contando que em sua família encontra pessoas diagnosticadas com os mais diversos transtornos, fazendo alusão a um possível componente genético que explicaria os motivos por também ela ser ansiosa. Entretanto, a partir desse ponto, Débora começa a levantar aqueles que serão os protagonistas de nossa conversa até o final: os aspectos psicossociais da saúde mental.

Débora coloca ênfase sobre o fator ambiental: “*aqui* começou a aparecer todos os sintomas, e ainda mais fortes”, ou seja, morar em uma cidade tachada de violenta fez com que determinados gatilhos fossem disparados. Além disso, chama atenção o destaque que a interlocutora dá ao assassinato de Marielle Franco, ocorrido em 14 de março de 2018, quando ela e seu motorista Anderson Gomes foram perseguidos e executados na região central do Rio de Janeiro<sup>60</sup>. Marielle se identificava como mulher negra, bissexual e feminista. Vereadora filiada ao PSOL (Partido Socialismo e Liberdade) e eleita com grande expressividade, defendia fortemente os Direitos Humanos, era militante da causa LGBTQIA+ e tinha um trabalho voltado à denúncia do abuso de autoridade feito por policiais nas comunidades, ela mesma nascida e crescida no Complexo da Maré. O assassinato de Marielle e Anderson ainda hoje segue sem esclarecimentos, mas adquiriu grande visibilidade no cenário nacional e

---

<sup>60</sup>Ver <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/vereadora-do-psol-marielle-franco-e-morta-a-tiros-no-centro-do-rio.ghml>

internacional. A execução de uma mulher negra, bissexual, militante, ativista, defensora dos direitos humanos, dos mais pobres e vulneráveis, das mulheres e da comunidade LGBTQIA+ foi entendida como um ataque concreto e simbólico a todas essas causas. A interlocutora, também ela jovem, também ela negra, também ela voltada para as causas sociais e feministas, afirma: “na época da morte da Marielle [Franco], aí eu comecei a ter pânico mesmo”.

Enquanto estou dialogando com Débora, penso na obra de Veena Das, quando toma para reflexão a *Partition*, a divisão territorial feita entre Índia e Paquistão em 1947, após a independência desse território em relação ao Império Britânico. Das (2020) considera a partição como o *evento crítico* que deu vazão à latente violência entre muçulmanos, hindus, *sikhs* e outros grupos étnicos e religiosos, violência esta que se prolifera e toma conta da vida cotidiana das pessoas, especialmente das mulheres, das mais variadas maneiras. Faço uma leitura em cima dessas ideias e penso que a morte de Marielle Franco pode aqui ser entendida como um evento crítico que passa a ter seus efeitos produzidos e sentidos no cotidiano, na esfera íntima: tal qual sugere Das (2020), deixa de ser *extraordinário* e desce para o *ordinário*, inscrevendo-se nos corpos e nas subjetividades dos que sentirão os efeitos daquele acontecimento.

Se a gente parar para pensar, tem muita gente que desenvolve um transtorno mental por gatilhos e esses gatilhos vem de situações sociais: um roubo, um assalto, uma situação social. *Muitas vezes é algo social que acontece e ali gira a chavinha*. Eu já tinha [ansiedade e depressão], mas conseguia conviver com aquilo. *Mas, a partir do momento que algo acontece e desencadeia uma crise, ali você vê que existem os fatores sociais*.

O relato de Débora nos permite versar sobre o *sofrimento sociopolítico*, que funciona como uma “lente particularmente apropriada para olhar as relações profundas entre a experiência subjetiva do mal-estar e os processos históricos e sociais mais amplos”, dando “especial atenção às suas repercussões nos corpos e nas palavras dos sujeitos afetados” (Pussetti & Brazzabeni, 2011). A interlocutora segue apontando como a violência afeta sua saúde mental, aumentando a sua ansiedade:

*Teve um dia que eu achei que eu ia morrer porque eu comecei a ouvir um tiroteio*. Eu estava sozinha em casa. *Eu não sabia que era ansiedade, eu nunca soube que eu tinha*



*ansiedade e depressão.* Foi nesse momento que eu descobri: falta de ar, tremor, dor no peito. Eu sentei na cama e pensei: meu Deus, eu acho que eu posso estar tendo um episódio de pânico, de ansiedade. *Eu tentava respirar e não conseguia. Aí eu deitei na cama, comecei a orar, pedi para Deus me ajudar.* Mandei uma mensagem para uma amiga, falei: olha, eu tô passando mal, eu não sei o que vai acontecer, por favor me ajuda. Quando meu marido chegou em casa eu expliquei tudo para ele. Eu passei semanas com tremores no corpo depois desse episódio, e aí vira e mexe ainda tenho tremores na boca, aperto no peito, falta de ar. Eu não tenho mais essas crises fortes porque eu faço o tratamento, tomo a medicação em uma dosagem bem forte para não ter mais esses episódios.

Por diversas vezes ao longo do texto, as mulheres trouxeram à baila uma série de vicissitudes, contingências e hostilidades que permeiam seu contexto sociocultural, ressaltando a posição de marginalização que muitas vivem em seu sentido literal: são postas *às margens* da sociedade. Débora se apropria dessa reflexão para pensar as comunidades religiosas, também socialmente circunscritas. Em sua visão, “o ser humano vai agir com sua comunidade religiosa da mesma forma como age fora dela” - as comunidades religiosas não estão apartadas: são parte da estrutura. Débora então passa do macro, dos aspectos sociais da cidade onde mora, para o micro, os aspectos sociais das comunidades islâmicas:

*Eu acho que o Rio de Janeiro em si não colabora [com a saúde mental]. É uma cidade grande, violenta. E a comunidade muçulmana não ajuda também, sabe? A gente não ouve falar sobre saúde mental na comunidade. Eu sempre falo na direção da mesquita que lá tem que ter uma assistente social, tem que ter uma psicóloga na instituição, porque a maioria das pessoas vem para o Islã já com aquela falta de atenção, cheio de problemas.* Eu acho que isso é a realidade de todas as comunidades: a minha mãe, evangélica, fala que na religião dela tem muito paciente psiquiátrico. E na nossa comunidade também tem muita gente que tem vários tipos de doença mental. O que eu percebo no Islã é que muita gente procura a religião com crise de identidade, a pessoa começa a se questionar dentro da sociedade. Por exemplo, as mulheres saem de uma liberdade total, e quando entram no Islã já querem se cobrir toda, vai do 8 para o 80. Elas buscam uma proteção, um conforto. Falam: ah, mas a mesquita não tem condição. Mas eu penso que a gente tem que dar um jeito, tem que ter. Eu tenho as minhas demandas, tenho os meus problemas pessoais, e às vezes essas irmãs que chegam estão muito necessitadas de atenção. Eu já acompanhei irmãs, por exemplo, que são esquizofrênicas, são bipolares, *borderlines*. Como que eu vou conseguir dar a devida atenção para essas pessoas, se às vezes eu não consigo lidar nem com os meus problemas?

Débora sinaliza que há determinados problemas que ela enxerga tanto no macrossocial, quanto no micro. Um deles é a falta de aparato para o cuidado em saúde mental e assistência

social dentro das comunidades islâmicas. Débora faz alusão a algo que aponte no capítulo 1, que é o fato de uma crise ou adversidade agirem como disparadores ou intensificadores da busca religiosa, levando algumas mulheres até o Islã. Débora aponta que muitos chegam à religião “já com aquela falta de atenção, cheio de problemas” e que nesse momento que a pessoa faz seu primeiro contato com a mesquita ela deveria ser “atendida” por alguém que possa conversar, entender a demanda, e esclarecer dúvidas.

Eu sou muçulmana há dez anos e, assim, eu nunca ouvi falar sobre saúde mental na comunidade. *Eu acho que eles têm um certo medo de tratar os assuntos polêmicos*, como violência doméstica, saúde mental, homossexualidade. Existe um certo receio de como vai abordar, o que vai ser falado, então as pessoas não falam. E é engraçado porque esses temas polêmicos têm jurisprudência dentro da religião. Quando você fala sobre doenças mentais, *a gente tem os sábios muçulmanos que estudaram o assunto*, deram diretrizes de como lidar com o assunto. *A ciência descobriu, muito tempo depois, o que o Profeta lá atrás já dizia*. Mas eu sinto uma deficiência por parte dos líderes religiosos em buscar esses conhecimentos tradicionais dentro da jurisprudência islâmica. *O Profeta dizia que no Islã não tem tabu*: tudo deve ser conversado, tudo deve ser muito bem explicado.

Em minha dissertação de mestrado, registrei uma reflexão marcante feita pelo *sheikh* Bukai: “se o Profeta Muhammad falou [sobre sexo], por que [nós] não podemos falar?”. O *sheikh* estava fazendo alusão ao fato bem conhecido de que o Profeta Muhammad falava sobre todos os temas de forma clara e direta e incentivava a todos, homens e mulheres, que jamais deixassem a timidez impedi-los de tirar suas dúvidas, visto que também era parte do dever de cada um e de cada uma buscar conhecimento, aprender e aprofundar-se na religião. Sim, existem temas sensíveis que exigem uma dose extra de delicadeza e parcimônia para serem abordados, mas estão longe de serem considerados como tabus, ao menos do ponto de vista religioso em suas origens. Na ocasião do mestrado, Barbosa e eu escrevemos dois artigos que bem se complementam: um, afirmando que “sexo no Islã não é tabu” (Paiva & Barbosa, 2017), e outro propondo que “sexo no Islã é devoção” (Barbosa & Paiva, 2017) – ou seja, sexo no Islã não é tabu, e sim devoção. Na investigação atual, também o tema da saúde mental é delicado

para muitos-as muçulmanos-as, mas vimos como o Profeta e os sábios que vieram depois dele deixaram indicações valiosas sobre como lidar, como cuidar, como enfrentar.

Dentro das comunidades, e eu acho que isso é um mal das religiões monoteístas, vem isso de: ah, busca na religião. Mas não é só a religião. A religião é um complemento, a religião é um *plus*. Você tem que ter um acompanhamento psicológico, doença mental não é frescura. *Então a gente infelizmente não tem o apoio da comunidade e nem nos discursos dos líderes.* O discurso é de que você tem que se voltar para o Alcorão, você tem que se voltar para as práticas do Profeta Muhammad, mas às vezes isso não é suficiente para confortar aquela dor, né?

Débora aponta algumas fissuras que percebe nesses discursos:

Eu lembro que a primeira vez que eu falei que eu tinha depressão e ansiedade, a pessoa me falou: o Alcorão é a cura, você tem que ler o Alcorão, está faltando espiritualidade em você. Eu parei e pensei: meu Deus, eu já me cobro para praticar mais a religião, porque quando a gente está em uma crise de depressão a gente não tem força para nada. *Quando eu estou em crise eu não consigo nem fazer as orações. A oração é difícil porque as pessoas que têm depressão não tem energia, eu não tenho ânimo para fazer a oração.* A minha mente não para, né. Por causa da ansiedade a minha mente não para. Normalmente, só depois que eu tomo a medicação é que ela dá uma relaxada. *Às vezes eu penso: ah, vou fazer a oração. Mas quando eu termino de pensar eu já cansei, já estou esgotada.*

Uma vez mais, aparece no discurso das interlocutoras a crítica à famigerada ideia de que faltaria fé e oração a quem se sente deprimido. Selma já havia apontado a deficiência desse discurso sobre “rezar mais”: como pedir para alguém intensificar suas práticas, se no momento lhe falta disposição, energia, ânimo? Débora acrescenta que também para ela as práticas devocionais islâmicas são desafiadoras, tanto durante as crises depressivas, pois não encontra energia suficiente para fazê-las, como também nos momentos de intensa ansiedade, pois sente-se em estado de extrema fadiga. Além disso, Débora comenta que esse tipo de comentário é extremamente negativo: em seu caso, sente-se mal por não estar conseguindo fazer o que entende como sua obrigação diária como muçulmana, e esse sentimento de culpa é reforçado pela cobrança da comunidade.

Eu já me sinto culpada porque eu não tô conseguindo fazer, daí vem alguém e fala isso, aí é que eu fico mais depressiva. Eu penso: meu Deus, como eu sou incapaz. *A gente precisa de leveza, não que nos cobrem.* É todo um processo de você conscientizar quem está à sua volta porque, por mais mente aberta que a pessoa seja, às vezes ela acaba falando coisas desse tipo para você. Imagina, a gente já é o nosso próprio chefe, a gente

se cobra demais. *Não precisa ninguém cobrar a gente, a gente mesmo já se cobra. E aí vem uma multidão de gente para apontar o dedo, para te cobrar. Nossa, é desesperador. É sufocante.*

Na opinião de Débora, quando as mulheres muçulmanas brasileiras se reverterem ao Islã, sentem “*um julgamento pesado da comunidade*”. Uma dessas cobranças exacerbadas, de acordo com a interlocutora, diz respeito ao uso do véu. Sabe-se que o *hijab*, o véu islâmico, tem sido tomado por parcelas da sociedade de forma reducionista e pejorativa, como se fosse uma marca visível da opressão das mulheres muçulmanas, ao passo que para elas trata-se de devoção a Deus, e que pode ser lido como um sinal diacrítico que marca sua pertença como mulher e como muçulmana (Paiva & Barbosa, 2021).

Por se tratar de uma prescrição religiosa, não é um acessório, e seu uso não pode ser imposto às mulheres por ninguém, nem mesmo por seus familiares: trata-se de um dever religioso, mas a decisão de usá-lo é intransferível, pois há o livre-arbítrio de cada uma. Muitos dentro da comunidade, geralmente homens, dizem que o véu previne assédios, fazendo uma analogia das mulheres muçulmanas com pérolas<sup>61</sup>, “joias raras” que devem ser guardadas e protegidas, comentário do qual muitas discordam. O véu também possui um tom político, segundo o qual o uso do *hijab* sinalizaria resistência diante das proibições de seu uso: ao escolher usá-lo, ele passaria a representar o orgulho que aquela mulher sente em ser muçulmana. O véu sim simboliza uma diferença, uma separação - afinal, ele é o sinal deste feminino islâmico ideal, é a externalização de ser mulher muçulmana, marcando uma fronteira entre os gêneros e entre as religiões -, mas como ouvi do *sheikh* Bukai em uma das minhas idas à mesquita: “o véu tem que cobrir os cabelos, não a cabeça, não o intelecto, não sua capacidade de pensar”.

Entretanto, a realidade do uso do *hijab* se mostra conflituosa para muitas mulheres. Durante o mestrado, tive acesso à Luciana, interlocutora que demonstrava um profundo

---

<sup>61</sup>Sobre a mulher-pérola, ver a discussão que a interlocutora Cristina levantou em minha dissertação de mestrado (Paiva, 2018, p. 118). Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59142/tde-04102018-102255/pt-br.php>. Acesso em 03 dez. 2022.

sofrimento por ter retirado a sua vestimenta. Após anos desempregada, percebeu que sua dificuldade de recolocação era por conta do *hijab* e, pesarosa, abandona seu uso, apaga as postagens sobre o Islã nas redes sociais e velozmente é admitida em um novo emprego. Entretanto, por “ter que lidar com um público de classe alta”, foi solicitado a ela que alisasse seus cabelos cacheados. Tem-se que, além da intolerância religiosa, Luciana enfrentou o racismo por parte de seus empregadores, sinalizando que nunca basta, nunca terminam as múltiplas violências que incidem sobre os corpos das mulheres (Paiva & Barbosa, 2021). Nesta tese, conhecemos há pouco a narrativa de Stéfani, que fez a retirada do véu devido às dificuldades vividas no trabalho e demais espaços públicos e, na próxima seção, será apresentada a história de Verônica, que abandona o uso do *hijab* após ser agredida nas ruas da cidade de São Paulo.

Para Débora, no entanto, os sentidos são totalmente distintos: ao usar o *hijab* ela sente que está carregando consigo o Islã inteiro, mas longe de ser um peso sobre suas costas, é algo que faz com que ela tenha força para seguir em frente.

Para muitas mulheres, o *hijab* é algo muito difícil. Para mim, é muito fácil, eu não tenho qualquer dificuldade. *O hijab me inspira, me dá força, me motiva, me lembra de Deus, me lembra que Deus está o tempo todo comigo.*

Aqui, o *hijab* assume a conotação de *força*, relacionando-se diretamente à saúde mental: uma conexão que ainda não tinha sido apontada pelas interlocutoras anteriores.

*O hijab é algo que me dá muita força. Talvez se eu não usasse hijab, se eu fosse muçulmana mas não usasse hijab, não sei. Talvez eu já tivesse me entregado mesmo para a doença [emociona-se]. Eu sinto que quando eu coloco o hijab, quando eu vou para a rua, isso me dá uma força, sabe? Eu sinto que estou carregando algo, estou carregando comigo um ensinamento, um código de vida. É algo que realmente me sustenta, algo que me põe de pé, até mais do que a prática da oração. A prática da oração, que é aquela que deveria dar o conforto, para mim é o hijab. O hijab é a minha força. É a minha força para ter energia para fazer as coisas, para sair de um episódio depressivo, para seguir em frente.*

Por ter uma concepção tão rica e forte do *hijab*, Débora diz estar farta dos discursos rasos sobre ele dentro da comunidade: “eu estou em uma fase que eu já não aguento mais ouvir *sheikh* falar que o *hijab* é proteção, que é para guardar a beleza da mulher, essas coisas todas”.

Após aprofundar-se na discussão relacionada à gênero, Débora, a partir desse ponto, discutirá etnia e raça, marcadores que ajudam a explicar, ao menos parcialmente, as diferenciações e hierarquizações que ela percebe que são feitas dentro da comunidade.

Um apontamento constante, já revelado por interlocutoras anteriores, é a falta de entendimento que sentem por parte da comunidade em relação às questões específicas de revertidas, o que faz retomar a tensão entre as categorias “árabe” e “brasileira”. Sabe-se que a cultura árabe está muito impregnada nas comunidades, mesmo naquelas em que o número de brasileiros é superior ao de árabes, pois os revertidos acabam não chegando às lideranças. Débora diz que é como se ao abraçar a religião você tivesse também que abraçar os costumes da maioria: não necessariamente a maioria numérica, mas no sentido do que é considerado como o padrão a ser seguido. Dessa forma, para se sentirem parte, para se sentirem pertencentes às comunidades, muitas se sentem impelidas a abrirem mão de determinados costumes e formas de pensar, para acolher as regras ditadas pelas lideranças, que são masculinas e árabes.

Os muçulmanos africanos no Brasil tem muito mais conhecimento do que certos *sheikhs* árabes, que estão na mídia e na liderança. Mas eles são africanos, né? Os líderes no Brasil são muito enquadrados dentro da sociedade árabe. *Então é isso que acaba sendo mais difundido: não o Islã, mas o arabismo. Existe dentro da comunidade essa bolha da comunidade árabe que não enxerga as demandas do convertido, da mulher brasileira. A gente não recebe apoio da comunidade. Na verdade, a gente é invisibilizado pela comunidade, e isso vale também em relação aos negros. Os negros e africanos são ignorados na comunidade. Essa bolha árabe é muito forte mesmo.*

Faz-se uma racialização sobre as mulheres muçulmanas: uma religião é racializada quando as crenças e práticas religiosas dos adeptos são associadas a certas características étnicas que, por sua vez, remetem à traços biológicos (Aziz, 2021). No Brasil, associa-se o Islã aos diacríticos árabes, colocando-os equivocadamente como equivalentes. Tal dificuldade de compreensão de que é possível ser brasileira e muçulmana é em parte fruto do desconhecimento

da história da presença dos muçulmanos no país, que é geralmente pensada apenas a partir da imigração árabe, invisibilizando os “outros muçulmanos”, tais como os de origem asiática e africana, e os brasileiros revertidos.

Débora aponta uma série de camadas que se sobrepõem: mulheres invisibilizadas em relação aos homens, brasileiros e africanos invisibilizados em relação aos árabes, revertidos invisibilizados em relação aos nascidos. Há também outras hierarquizações, como a que ela cita no exemplo abaixo:

Títulos nem sempre significam alguma coisa. Tem que valorizar o conhecimento e o esforço, mas tem pessoas sem ensino superior que a vida ensinou tanto, que tem uma riqueza tão grande. *Sabedoria e conhecimento são coisas bem diferentes*. Eu convivo com nordestinos, pobres, negros, tenho todo um histórico que me ensinou. Mas a gente vê muito a exaltação do título. Tem gente sem título sendo chamado de doutor, tem isso também. Todo ano se junta esse monte de doutor falando sobre o *hijab*, de como é ser muçulmana no Brasil [risos]. Hoje em dia eu faço o movimento inverso. Para mim, eles não são referência em conhecimento porque o conhecimento que eles passam é muito básico. *O Islã não é só o que pode e o que não pode*. Chega a ser cansativo. Você reclama, reclama, reclama, e eles não entendem. Já chega, sabe? Chega desse *status*, de não poder fazer nenhuma crítica.

Diante de tantos silenciamentos, Débora reforça sua afirmação de que “a comunidade não colabora”:

Eu sou aquela pessoa que vai aguentando, aguentando, aguentando, até explodir. O que tira a minha paciência é a injustiça. Na mesquita, quando tem algum evento, as mulheres vão direto para a cozinha. Por que é que sempre que tem palestra as mulheres só falam dos tais assuntos de mulher? Eles me colocaram no departamento feminino sem saber que o meu trabalho é *acabar com o departamento feminino* [risos]. *Tem que deixar só o departamento social*. Para que isso? Só para dizer que tem a cota feminina? É para deixar a mulher no lugar dela, sabe? Eu já tenho problema com saúde mental, chego na mesquita e fico vendo esses absurdos, eu fico mesmo para enlouquecer. Mas vai falar isso, né? *Não tem quem não enlouqueça nessa comunidade* [risos].

É merecedor de nota o comentário da interlocutora sobre querer acabar com o departamento feminino e manter apenas o departamento social: embora dito em tom jocoso, Débora está fazendo questão de mencionar que as pautas que deveriam ser consideradas como femininas são, para ela, as questões sociais relacionadas às desigualdades e às opressões, e não as que reforçam as convenções de gênero adotadas pela comunidade.

O que eu posso te dizer é: esse movimento de *trazer mais a saúde mental, a sexualidade, a mulher*, da mulher se posicionar dentro da comunidade, falar de todos esses assuntos considerados como tabus, isso tudo é parte de um movimento das próprias mulheres, graças às próprias mulheres. São as mulheres que estão se unindo, estudando, para trazer esse conhecimento pra comunidade. São as mulheres que estão fazendo a diferença, e isso é muito bom, é muito positivo.

A interlocutora não está assistindo passivamente a mudança acontecer, pelo contrário: também ela quer dar uma grande contribuição para a transformação da sua comunidade. Débora menciona ter uma proposta direcionada à prestação de assistência aos novos revertidos, o que evidencia ainda mais o seu protagonismo e capacidade de agência social:

Eu e algumas irmãs estamos fundando uma mini associação. O ideal para mim é que quando a pessoa chega na comunidade e se converte, ela tem que ser acompanhada por mulheres, que estejam ali na liderança, para acolher essa muçulmana, fazer um primeiro acolhimento. Observando que existe uma demanda [de saúde mental], tem que encaminhar para a psicóloga, para a assistente social, para os profissionais que trabalham na instituição. A instituição tem que ter uma psicóloga, tem que ter uma assistente social, tem que ter uma advogada, tem que ter todos esses profissionais. A comunidade precisa entender que a demanda é muito grande e a gente tem que ter essas frentes de atendimento para essas mulheres. E eu vejo essa estrutura em comunidades nos Estados Unidos, por exemplo.

Desde que essa pesquisa começou, venho acompanhando atentamente alguns serviços, oferecidos sobretudo nos Estados Unidos, de atendimento à demanda de saúde mental dos-as muçulmanos-as. Entre eles, certamente a referência mundial é o pioneiro *Khalil Center*<sup>62</sup>, que possui quatro unidades nos Estados Unidos (Chicago, Nova York, Bay area, Southern California) e uma no Canadá (Toronto). Trata-se de um centro de bem-estar psicológico e espiritual que promove a prática profissional da psicologia com base nos princípios islâmicos.

Inteiramente dedicado à comunidade muçulmana, fornece cuidado cultural e espiritual congruente e competente, por meio da integração dos princípios islâmicos à psicoterapia. Entre os serviços oferecidos, para crianças, adolescentes, adultos, casais e famílias, encontra-se: aconselhamento psicológico e psicoterapia, atendimento psiquiátrico, consulta religiosa, avaliações psicológicas, e atendimentos específicos para refugiados e imigrantes. Além disso,

---

<sup>62</sup>Ver <https://khalilcenter.com/>



oferecem seminários e *workshops* informativos para a comunidade, bem como para o aprimoramento dos profissionais de saúde mental. Por fim, estão atualmente implementando uma escola para a formação específica em Psicologia Islâmica.

Além do *Khalil*, outras iniciativas internacionais devem ser destacadas. Há nos Estados Unidos um serviço de atendimento telefônico chamado *Naseeha*<sup>63</sup>, que desde 2006 oferece suporte “imediate, anônimo e confidencial” feito por conselheiros treinados. Fundado em 2018 com o intuito de dar apoio às famílias dos pacientes em sofrimento psíquico grave, o *SEEMA*<sup>64</sup> (*Support Embrace Empower Mental health Advocacy*) foi criado em memória à mãe das fundadoras: temendo os estigmas, ela, de origem paquistanesa, ocultou seu diagnóstico de esquizofrenia por grande parte da vida.

Outro modelo bastante interessante tem sido oferecer, dentro das próprias instalações das mesquitas, um espaço exclusivo para atendimento profissional. A mesquita de Raleigh<sup>65</sup> (estado da Carolina do Norte, Estados Unidos), uma das primeiras na adoção desse formato, reuniu um grupo de especialistas que prestam seus serviços de forma voluntária: ofertar esse cuidado dentro da própria mesquita é um passo de extrema relevância, pois endossa não haver qualquer contradição entre o Islã e o cuidado especializado em saúde mental.

As propostas acima bastante se assemelham ao que Débora e suas colegas pretendem levar adiante. No Brasil, como apontei nos capítulos 1 e 3, a saúde mental no Islã começou a ganhar atenção apenas recentemente. Desde então, quando o tema é tratado pelas comunidades, geralmente é enfatizada a dimensão preventiva, através de palestras que levam ao público informações básicas sobre saúde mental. Constata-se, portanto, que a demanda de saúde mental dos muçulmanos começa a ser atendida no Brasil a nível informativo e educativo, mas não interventivo: não há, até o presente momento, nenhum serviço de saúde mental que ofereça

---

<sup>63</sup>Ver <https://naseeha.org/>

<sup>64</sup>Ver <https://seemamentalhealth.com/>

<sup>65</sup><https://raleighmasjid.org/>

atendimento culturalmente apropriado para a comunidade muçulmana do país. Por isso, salta aos olhos tal plano de atuação de Débora junto a outras mulheres muçulmanas, que a médio prazo pretendem organizar este serviço comunitário focado na saúde mental e na assistência social, inspiradas por modelos bem-sucedidos que estão em funcionamento em outros países.

Em síntese, Débora está chamando a comunidade para se deslocar do âmbito do discurso e passar para a ação, para que muçulmanos-as se beneficiem de maneira mais efetiva:

*Mais do que falar, tem que agir.* Não é só falar. Tem que formar aquela muçulmana para que ela passe o conhecimento adiante. A mulher é a primeira educadora, é ela que constrói a sociedade. A gente precisa de muçulmanas ativas, que tenham voz, que tenham ação dentro da comunidade. *Se ela é carente na questão médica, de saúde mental e tudo, você tem que encaminhar. E isso tem que ser muito ativo.* Tem que ter a assistente social que vá lá, olhe como é a realidade dela, veja que ela está precisando disso e daquilo, então vamos arrecadar. *Quando a pessoa se sente acolhida pela comunidade as coisas mudam [emociona-se].* Eu vejo isso no trabalho que acontece nos Estados Unidos: é muito bonita a forma com que eles trabalham, e é o que eu quero fazer. É o meu sonho. É um movimento que tem que vir da comunidade. Nos Estados Unidos, essas associações tem mais força do que as próprias entidades religiosas. Tem que se desligar um pouco das entidades e fazer entre a gente. É difícil, mas tem que ter um primeiro pontapé.

Débora conta que “o *ensinamento de cuidar do próximo*” faz parte de sua vida desde pequena, mas que foi no Islã que esse princípio se materializou e ganhou novos sentidos. Como disse a psiquiatra Samira, estender a mão para os irmãos nos momentos difíceis é parte fundante do Islã. Débora acrescenta a gentileza e a prestatividade: “*a gente fala que o sorriso é uma caridade, um sorriso muda o dia de alguém*”. Para ela, não há sentido em ser uma pessoa religiosa, devota a Deus, se não for para “fazer o bem e ajudar as pessoas que precisam”.

Percebe-se como Débora ressalta a importância de muçulmanos, principalmente muçulmanas, serem cidadãos ativos e participativos na sua comunidade. Sobre isso, Débora menciona que dentro de sua casa sempre foi guiada por esses ideais, inclusive no que diz respeito aos serviços formais de cuidado em saúde mental que possuímos no Brasil. Ela nos conta sobre a mãe, que é assistente social e trabalha em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), serviço de atenção especializada e de base comunitária que atende

prioritariamente as demandas de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes e que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É importante ver como esses princípios da humanização em saúde reverberaram na interlocutora ao longo de sua vida:

Eu peguei muito isso da minha mãe porque ela faz muita visita domiciliar aos pacientes. *É você que vai até ele.* Isso faz a pessoa se sentir acolhida. Se a gente não se sente acolhido, fica solitário. E essa solidão faz com que a gente desenvolva doenças. *É importante se sentir integrado,* se identificar com alguma nomenclatura, algum grupo, *sentir que você faz parte de algo. Sentir-se abraçado, acolhido, um ajudar o outro, um segurar o outro pela mão.* Ninguém vive sozinho, a gente precisa um do outro.

Débora é a primeira e única interlocutora a mencionar os serviços públicos de cuidado em saúde mental. Embora o Brasil seja o único país com mais de 200 milhões de habitantes que oferece cobertura universal de saúde em todos os níveis de complexidade para toda a população, deve-se ter em mente que a estrutura e as políticas são desafiadoras para qualquer nação. Em um país como o Brasil, de proporções continentais e desigualdades estruturais, a luta é ainda mais difícil. Em tempos de ataques e desmontes, é quase um dever ético mencionar que os marcos da saúde mental no Brasil estão diretamente atrelados à Reforma Psiquiátrica e à posterior criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, um dos sistemas de saúde mais complexos do mundo. No modelo vigente, parte-se do entendimento de que as pessoas em sofrimento psíquico são sujeitos de direitos e protagonistas da própria saúde, portanto devem ter acesso à serviços cujos arranjos estimulem sua participação cidadã, a produção de autonomia e o fortalecimento dos seus laços sociais – princípios, valores e ideias que Débora acredita, apoia e endossa, e que ela tanto luta para fazer valer também dentro de sua comunidade religiosa.

A interlocutora finaliza nossa conversa sinalizando que existe uma dimensão individual da religião e também da saúde mental, mas é no coletivo que as pessoas se desenvolvem e se aprimoram: é pelo coletivo que pode vir a melhora.

A religião tem a questão individual da espiritualidade, da ligação com Deus. Mas a religião é também uma questão coletiva porque você tem que lidar com o outro, e *o seu desenvolvimento interno vem a partir da interação com o outro.* Essa interação coletiva faz você se desenvolver espiritualmente. Eu acho que tem sim o esforço individual: eu olho por mim, tenho que procurar ajuda, tenho que me tratar. Mas se os fatores à minha

volta não contribuírem com a minha melhora, de nada vai adiantar. *Se a sociedade não colaborar, não tem melhora.* Os fatores internos e os fatores externos andam juntos. *O coletivo faz com que o indivíduo tenha forças pra enfrentar a doença.*

### **6.3 “Eu sou muçulmana e ponto”: islamofobia e justiça social**

Já há bastante tempo, são numerosos os casos de sofrimento por decorrência de um sentimento injurioso da sociedade acerca da religião islâmica que chegam até o GRACIAS, o Grupo de Antropologia em Contextos Islâmicos e Árabes. Atualmente, duas pesquisas cruciais vem sendo desenvolvidas por membros do grupo acerca desta temática específica: a da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Francirosy Campos Barbosa, sobre narrativas islamofóbicas no Brasil (Produtividade em Pesquisa, CNPq), e a do doutorando Felipe Freitas de Souza (Ciências Sociais/UNESP Araraquara), focada nos discursos islamofóbicos nas redes sociais.

O núcleo de pesquisa que aborda a relação negativa entre islamofobia e saúde mental parece bem consolidado dentro do campo mais amplo da saúde mental no Islã. Artigos curtos publicados pela *American Psychological Association* ressaltam que 60% dos muçulmanos estadunidenses reportam algum nível de discriminação religiosa, índice mais expressivo do que qualquer outro grupo religioso. Um terço deles aponta que sofreu discriminação em contextos de saúde: sentir-se ignorado, excluído e desrespeitado são as queixas mais frequentes. Em revisão sistemática de literatura (Samari, Alcalá & Sharif, 2018), constatou-se que a discriminação vivida pelos-as muçulmanos-as provoca um aumento nos índices de depressão e de ansiedade e dificulta o acesso desse segmento da população ao equipamento formal de cuidado.

A experiência das mulheres muçulmanas que usam o *hijab* é mais delicada, pois destacam publicamente a sua pertença de gênero e de religião, sendo duplamente estigmatizadas (Ciftci, Jones & Corrigan, 2013). Portanto, olhar os casos de intolerância religiosa unicamente pelo viés da religião parece insuficiente: a violência se endereça às muçulmanas também por

conta do gênero, visando colocá-las em posição ainda mais desprivilegiada do que quando tomamos, por exemplo, os homens muçulmanos.

Atentar para os determinantes sociais de saúde permite uma mudança de entendimento: a saúde deixa de ser apenas um alvo clínico, um objeto médico, de base unicamente biológica, e passa a ser assumida em sua dimensão político-social. Fazer uma análise das condições de saúde incluindo esses marcadores nos faz abandonar a ideia hegemônica de que a saúde está atrelada apenas à genética, ao estilo de vida ou aos bons hábitos: é preciso levar em consideração uma série de fatores, inclusive o estigma como uma das causas das desigualdades de saúde da população (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013).

Haque (2004b), em pesquisa com muçulmanos-as nos Estados Unidos, sugere que o preconceito e a discriminação que eles sofrem no país se relaciona diretamente com o cenário político-social no qual estão inseridos, o que constitui um forte estressor psicossocial. De acordo com Ali (2017), a marginalização, opressão e exclusão de muçulmanos da esfera sociopolítica vêm sendo bem documentada mas, embora as pesquisas apontem a existência dessa discriminação, pouco adensam as narrativas dos próprios muçulmanos e muçulmanas para melhor compreender suas experiências. Amer e Bagasra (2013) salientam que os dados encontrados nas pesquisas junto a estes religiosos pedem um olhar crítico, visto que muitas vezes são usados com a finalidade de reforçar estereótipos e patologizar comportamentos e crenças de muçulmanos: vimos como o campo *psi* infelizmente já serviu historicamente à manutenção de estigmas, preconceitos e opressões contra determinados grupos sociais, culturais e religiosos, inclusive contra os muçulmanos.

Esse conjunto de dados leva diversos autores à afirmação de que a islamofobia é um caso de saúde pública (Ali & Awaad, 2019; Samari, Alcalá & Sharif, 2018) e, considerando que o Islã é a segunda maior religião do mundo e a que cresce de forma mais veloz, esta deveria ser uma preocupação global. Consoante Samari (2016), a relação entre islamofobia e saúde é

multidimensional: atua em nível individual, pois muçulmanos e muçulmanas sentem individualmente os seus efeitos; em nível interpessoal, visto que a discriminação interfere em suas relações pessoais e em seus processos de socialização; e também estrutural, levando os muçulmanos a serem negligenciados das políticas públicas e institucionais. No Brasil, vive-se atualmente um cenário social e político carregado de tensões que vêm agravando as manifestações de intolerância contra as religiosidades minoritárias: portanto, uma pesquisa sobre saúde mental e religião deve, obrigatoriamente, atentar também para a dimensão sociopolítica e, desde a escrita do meu projeto de doutorado, suspeitei que a islamofobia estaria presente em alguma medida nesta tese.

Posto isso, chegamos à Verônica, interlocutora que aborda ter vivido uma agressão islamofóbica na cidade de São Paulo e sinaliza como essa experiência foi traumática e extremamente prejudicial à sua saúde mental. Ela, uma mulher jovem que abraçou o Islã em 2012, apresenta-se como feminista, forte e determinada e, de imediato, relata esse evento como um divisor de águas na sua vida – e também na sua própria história com o Islã.

Eu sou ligada no 220, é muito difícil você me ver parada. *Eu me movimento pelas minorias*. Eu tenho minhas militâncias, e o Islã é uma delas. Só que o Islã me trouxe muitas facilidades, mas também muitos problemas. Quando teve o ataque ao Charlie Hebdo, se não fosse minha fé eu teria saído do Islã na hora. *Eu levei uma pedrada*. Se aquela pedra pegasse na minha cabeça, faria um estrago muito grande. Pegou na minha perna. Eu estava indo para uma consulta em um posto de saúde aqui perto de casa, e a rua é bifurcada. Eu passei por uma parte que tinha uma construção e daquela construção eu só ouvi alguém falando: *sua muçulmana maldita*. Tacou a pedra em mim e correu para o outro lado.

Em 2015, homens entraram na sede do jornal satírico francês Charlie Hebdo e deflagraram tiros sobre os que ali estavam<sup>66</sup>. O ataque aconteceu após o jornal publicar uma série de charges e caricaturas do Profeta Muhammad: o Islã proíbe que Deus e os profetas sejam representados imagetivamente. Acontecimentos de tal magnitude recrudesce a hostilidade direcionada contra a população muçulmana: como é de praxe, quando um episódio dessa

---

<sup>66</sup>Ver <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2015/01/tiroteio-deixa-vitimas-em-paris.html>

proporção ocorre, as associações islâmicas prontamente emitem diversas notas de repúdio, enfatizando que o Islã é uma religião que promove a paz e fazendo menção ao versículo segundo o qual tirar a vida de alguém equivale a exterminar toda a humanidade (Alcorão, 5:32). Ainda que não tenham qualquer responsabilidade sobre tais atos inescrupulosos, muçulmanos se sentem impelidos a dar explicações.

É o mesmo que Verônica viu acontecer com ela: diz ter se sentido impotente, pois ao ser atacada estava “pagando por algo que não fez”, “pagando por uma ignorância que não é sua” e, de certa forma, cruelmente pagando o preço de assumir sua pertença religiosa perante a sociedade, pertença esta que é constantemente negatizada. O episódio relatado acima não foi a única violência endereçada à Verônica apenas por ser muçulmana. Ela conta:

Eu tenho uma cicatriz de uma agressão que sofri de um policial na Avenida Paulista. *Apanhei de um policial, uma autoridade que devia me proteger, não me agredir.* Eu apanhava direto de idosos também, levava guarda-chuvas. E eu não podia revidar. *Se eu revidasse, iam falar que era culpa da minha religião.* Tipo: eu avisei que todo muçulmano é assim.

Embora tratemos a islamofobia como algo recente, a estereotipia feita sobre esta religião e seus seguidores, bem como as manifestações de repúdio e aversão em relação a eles, existem desde o surgimento do Islã no século VII. Além disso, mais do que direcionar nosso olhar para contextos distantes, penso que a própria história do nosso país nos dá pistas importantes para o entendimento da nossa realidade atual, visto que não há compreensão possível das mazelas do nosso presente sem um olhar cuidadoso para o passado.

De acordo com Schwarcz (2019), a nós brasileiros muito nos agrada a imagem de tolerância e pacificidade, mas recusamos a assumir a face perversa do nosso profundo autoritarismo, cujas raízes se encontram emaranhadas nos cinco séculos de nossa história. Por muito tempo perdurou o mito de que o Brasil seria um “país harmônico e sem conflitos”, no qual “inexistiriam ódios raciais, de religião e de gênero” (Schwarcz, 2019, p. 22), ignorando o fato de que o país foi formado pela linguagem da colonização e da escravidão (Schwarcz, 2019,

p. 127). As grandes questões sociais que enfrentamos possuem um “rosto”, sendo completamente atravessadas por classe, gênero e raça. Evidentemente, relacionam-se diretamente aos fatos histórico-sociais: nosso país, marcado pela exploração, pelo colonialismo e por uma brutal tradição escravocrata, consolidou uma desigualdade estrutural (Schwarcz, 2019) que segue surtindo efeitos e sustentando precariedades, sendo a violência a expressão mais visível deste confronto.

Assim, também as expressões de islamofobia no Brasil nos impelem a questionar mais uma vez a dissimulada cordialidade nacional e refletir sobre a nossa intolerância perante aqueles que nos parecem diferentes. Nos Estados Unidos, constatou-se que a eleição de Donald Trump fez aumentar a ansiedade dos muçulmanos daquele país, devido ao seu discurso xenofóbico, racista e intransigente. De forma semelhante, percebemos que a ascensão da extrema direita na ocasião da eleição de Jair Bolsonaro serviu ao fomento dos discursos de ódio, não apenas em relação ao Islã, mas também às religiões de matriz africana: na última década, o ódio tem se destacado como afeto social dominante no Brasil (Dunker, 2017).

Ainda que diante de tal cenário inoportuno, as religiosidades não-hegemônicas têm se mobilizado. Nos últimos anos, vem sendo notada e noticiada a popularização do Islã nas periferias brasileiras: inspirados por Malcolm X, jovens fazem um trabalho intenso de divulgação da religião, dando ênfase à sua mensagem antidiscriminatória. Tomassi (2011), em sua dissertação sobre a performance islâmica no movimento *hip hop* das periferias do ABCD e de São Paulo, encontrou que seus interlocutores, motivados pela “ânsia por justiça”, viram no Islã uma religião que abraça sua luta social (p. 74).

Foi também esta mensagem um dos grandes atrativos do Islã para Verônica, tão apegada às militâncias sociais. No entanto, após a violência sofrida, a interlocutora diz ter recebido um “virar de costas” da comunidade:

E aí eu fiquei mal porque foi quando *a comunidade islâmica me virou as costas*. Fiz um *post* que viralizou, fiz até uma reportagem sobre intolerância religiosa. *Mas eu fiquei*



*assustada com a comunidade porque ouvi deles que não existia islamofobia. Cara, é impossível uma coisa dessas. Mas quando eu vi que eu estava nessa sozinha, que a comunidade não ia dar suporte, como não dá até hoje, foi quando eu fui ficando bem ruim mesmo. Não tem como você negar a existência da violência: as coisas existem, a islamofobia existe. Você está ali vendo sua amiga, sua parceira, sua irmã sofrer e diz que isso não existe. Você diz que só aconteceu com ela e fecha os olhos?*

A dor que Verônica traz à tona, para além da pedrada e do xingamento, é a de que não teve seu sofrimento reconhecido como legítimo nem mesmo dentro da sua comunidade religiosa. A partir dessa decepção, Verônica decide se afastar das pessoas e das mesquitas, mas não da religião:

*Depois disso, o Islã para mim não era mais aquilo que me fez entrar nele, mas eu sabia que a culpa não era do Islã, mas sim dos muçulmanos. Então eu vivi esse paradoxo: quero e não quero. *Aí eu decidi sair.* Eu não frequento nenhuma mesquita, eu não frequento nada que envolva outros muçulmanos além dos que já são meus amigos há anos. Tenho os amigos de antes, os que seguem o Islã de cabeça aberta. Com os bitoladinhos eu nem converso.*

É comum ouvir em campo que “o Islã é perfeito, mas os muçulmanos não são”. Com essa ideia em mente, Verônica opta por se distanciar da comunidade, mas não de sua crença: deixa de frequentar a mesquita e corta relações com grande parte dos muçulmanos, conservando apenas as amizades significativas e ignorando os “bitoladinhos”. Sobre eles, explica que “quando as pessoas se reverterem ficam de um jeito muito estranho, muito estranho mesmo”, pois elas “não estudam, não vão atrás de conhecimento e querem ser árabes”.

*Toda essa banalização me irrita. Eu fico sem paciência mesmo, e eu comecei a ficar doente. Eu estudei bastante. Se você for falar de jurisprudência comigo, cara, eu dou todas as pautas para você. Procurei um *sheikh* de Londres, e ele disse: olha Verônica, não dou aula para brasileira porque brasileira não quer estudar, só quer casar<sup>67</sup>. Eu fiquei possessa. Olha aqui parceiro, deixa eu te explicar uma coisa: minha mãe falou que eu não sou todo mundo [*risos*]. Respeita a minha mãe, você vai me ensinar sim. Bom, eu tive as aulas.*

A visão de Verônica é bem próxima à de Débora, quando apontou que “não há quem não enlouqueça na comunidade” – aqui, ela diz que “começou a ficar doente” quando percebeu

---

<sup>67</sup>Sobre o casamento de brasileiras com muçulmanos estrangeiros, ver a tese de Pasqualin (2018). Disponível em <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-20062018-113017/pt-br.php>. Acesso em 03 dez. 2022.

que o Islã que ela conheceu, estudou e idealizou está longe de ser o que ela encontra na realidade. Verônica se dá conta do ideal perdido:

A realidade é que as meninas que se reverterem caem em um conto muito fictício. *Você entra achando que vai encontrar a comunidade que o Profeta Muhammad indicou e quando se dá conta vê que é só utopia.* Existe uma panela feminina, uma panela masculina, e quando você cai nelas *você se sente na necessidade de fazer parte daquilo porque senão você vai ser rechaçada e excluída, e se isso acontecer você não será uma boa muçulmana.* Não dá pra viver desse jeito! Aí elas acabam sendo hipócritas, não vivem a religião. Só querem saber se o *hijab* está bacana, se maquiagem está legal, se vai encontrar um *sheikh* pra casar. Mesmo que ela apanhe e sofra várias violências, o que importa é que está casada com um *sheikh*. Quando eu virei muçulmana a primeira coisa que eu falei foi que eu não me casaria com árabe.

Como mencionado anteriormente, os muçulmanos se entendem como parte de uma comunidade global que extrapola as fronteiras das nações. A *Ummah* pode ser pensada como uma grande comunidade islâmica, constituída por todos os muçulmanos do mundo: embora tenha sido revelado na Arábia, desde sua origem foi dito que o Islã seria guia para toda a humanidade. Essa ideia expressa uma mensagem igualitária e unificadora: aderidos ao propósito comum de adorar a Deus, bastaria ser muçulmano para garantir seu pertencimento nessa coletividade. Diz-se que naquele que é considerado como o Sermão da Despedida, o Profeta Muhammad teria sido explícito na afirmação de que “um árabe não é superior a um não-árabe, nem um não-árabe tem qualquer superioridade sobre um árabe”, da mesma forma que “o branco não tem superioridade sobre o negro, nem o negro é superior ao branco”: “ninguém é superior, exceto pela piedade e boas ações” (notas do caderno de campo).

Historiograficamente, sabe-se que foram diversas as adversidades pelas quais passou o Profeta Muhammad para levar adiante sua mensagem e estabelecer essa nova comunidade. Uma de suas tarefas mais árduas foi promover a aproximação entre as tribos, na época extremamente divididas, marcadas pelo enaltecimento de posses e poderes, intensa violência e acirrada rivalidade: um estado de “desunião crônica” (Armstrong, 2002, p. 256). Nesse cenário, Muhammad teria atuado como “um árbitro preocupado em fazer a paz e conciliar disputas à luz de princípios de justiça” (Hourani, 2007, p. 35), aos poucos transformando as condições de vida

de seu povo por meio de uma profícua reforma social: colocou-se, conforme as ordens divinas, a favor dos vulneráveis e oprimidos, pedindo aos muçulmanos que “não maltrates o órfão, nem tampouco repudies o mendigo” (Alcorão, 93:9-10) e que se zelassem pelos indefesos, mulheres e crianças (Alcorão, 4:75).

Entende-se, portanto, que os muçulmanos devem ser caridosos com seus pais, parentes, órfãos, necessitados e desamparados, pois “todo o bem que fizerdes, Deus dele tomará consciência” (Alcorão, 2:215): as riquezas são capazes de exercer encanto sobre os homens nesta vida terrena, mas “as boas ações, as perduráveis, são mais meritórias e mais apreciáveis aos olhos do teu Senhor” (Alcorão, 19:76). Assim, a “*comunidade do Profeta*” a qual a interlocutora se refere reuniria a todos igualmente, independentemente do gênero, da raça, da classe e da ascendência, prezando pela harmonia e, sobretudo, pela justiça.

Entretanto, essa não é a experiência que Verônica, Débora e outras interlocutoras dizem ter encontrado, o que gerou profunda frustração.

O Islã é tão bonito. Para as mulheres, o Islã para a mulher é perfeito. Mas a diferença é alimentada pelos árabes e essa diferença aparece de várias maneiras. *São dois mundos paralelos*. Se algo acontece com uma mulher árabe, a comunidade árabe vai cair matando em cima. Tem mulheres incríveis na comunidade, mas como não são casadas com árabes, mas com africanos, por exemplo, ninguém dá a mesma visibilidade para elas.

Assim como Débora, Verônica sinaliza que por ser brasileira, e uma brasileira que não é casada com um marido árabe, seria menos recebedora de proteção, atenção e mobilização por parte da comunidade: evidencia-se quem é ou não escutado, quem tem ou não as demandas atendidas. De acordo com ela, o descompasso surge quando se dá excessiva relevância para as aparências, em detrimento da essência, que seria seguir o Islã com o coração:

*O Islã, se ele não é seguido com o coração, todo mundo que está dentro fica doente, Camila. É uma bomba de mudança muito grande e muito radical. Na minha época não era tão agressivo, agora pedem mudanças muito radicais, querem tirar você do seio da sua família com uma brutalidade muito grande, ficam dizendo que datas pagãs são horríveis. Então isso foi deteriorando a minha cabeça e chegou ao ponto em que eu realmente fiquei doente fisicamente, foi aí que eu tive o primeiro surto de pânico. Eu*

não conseguia sair de casa, não queria ir para a mesquita, não queria ver ninguém. Eu fiquei muito mal.

Conforme nossa conversa avança, vemos que o episódio islamofóbico que a interlocutora sofreu foi o estopim, mas antes disso havia uma série de descontentamentos com as relações dentro da comunidade, que foram aos poucos, na visão de Verônica, contribuindo com o seu adoecimento. A violência islamofóbica que a interlocutora sofreu por ser uma mulher muçulmana sem dúvidas foi prejudicial à sua saúde mental, mas também o menosprezo, o desmerecimento, a falta de apoio e de suporte. Verônica narra:

Eu tenho depressão já tem quinze anos. Ela sempre foi bem controlada na medida do possível, mas a história do Islã foi muito forte. Eu estava bem há um tempo, mas tem uma outra história que mexeu muito comigo. Vieram para o Brasil quatro famílias de palestinos enganados, nessa época eu estava bem. Eles foram abandonados lá no centro de São Paulo. Eu estava passando e um rapaz me chamou. Ele disse que eles só falavam a minha língua, eu respondi: moço, eu sou do Nordeste, entendeu? [*risos*]. Mas eu não consegui ir embora, fiquei pensando naquelas famílias. Eu prometi que eu ia tentar conseguir ajuda. E foi a pior besteira que eu fiz na vida. A terceira família estava numa situação muito complicada, no Minhocão: eram mãe, pai e duas crianças. A mãe foi estuprada muitas vezes, inúmeras vezes. E o marido dela, ele não conseguia mais chegar perto dela. E ela já com todo aquele peso, aquela coisa horrível dentro dela, ela não conseguia amamentar a bebê dela. Ela estava derrotada, acabada, querendo morrer. Então eu estava com um caso muito delicado na mão e consegui muita doação. Só que na mesquita duvidaram da história, insinuaram que eu tinha inventado isso tudo. Ali eu fiquei destruída. *Então eu não tinha mais saúde mental para continuar, Camila. Eu não tinha saúde mental, eu desacreditei totalmente de qualquer pessoa, sabe?* E foi aí que eu decidi que eu ia sair totalmente das mesquitas e cortar contato com os muçulmanos. *Tem muitas pessoas que falam, mas não realizam a fé. E é por isso que as pessoas continuam doentes dentro do Islã.* As pessoas boas acabam saindo da religião porque não conseguem tolerar esse tipo de coisa. *Eu optei pela minha saúde mental para que eu conseguisse ficar sã.*

Mais uma vez, a violência: Verônica conta que sua depressão foi engatilhada quinze anos atrás, quando presenciou o assassinato de seu melhor amigo, que morreu na sua frente. Após seis meses acamada, sem falar, ela inicia um longo tratamento psiquiátrico, que envolveu uma tentativa de suicídio por ingestão excessiva de medicamentos. Além disso, destaca-se no relato dela a crueldade das múltiplas violências pelas quais passam as famílias em questão: famintas, desabrigadas, espancadas, violentadas. Diante do descrédito, desconfiança e

negligência que diz ter enfrentado, Verônica opta pelo rompimento com as comunidades, mas não pelo abandono do Islã.

Para Verônica o Islã “é sobre ações coletivas”: perde seu sentido basilar quando as pessoas só “falam de fé”, mas “não praticam as boas ações”. Seus comentários lembram o relato da interlocutora Débora, quando destacou que o desenvolvimento das pessoas, e conseqüentemente sua melhora, se dão no coletivo, na comunidade. Verônica questiona: qual o intuito de ser muçulmana se você não vive a religião? De acordo com ela, a comunidade “falha muito na questão social”, pois falta “iniciativa, coisas concretas, ações coletivas”: em outras palavras, falta “fazer o que precisa ser feito, o que a própria religião preconiza”. Recordase que o Profeta Muhammad estava “convencido de que todas as pessoas religiosas têm a responsabilidade de criar uma sociedade justa e boa” (Armstrong, 2002, p. 57), sendo dever de todo muçulmano e muçulmana ser ativo, jamais passivo diante das desigualdades e injustiças.

Verônica está, a todo momento, fazendo alusão a uma espiritualidade e a uma religiosidade engajadas, implicadas. A interlocutora diz que “fazia um trabalho social muito bacana”, mas que “a galera que não fazia nada tinha uma inveja que sei lá, acabei parando com esse tipo de trabalho lá dentro”. No Brasil, Verônica acredita que “a gente se depara com um Islã errado”. Ocorre uma inversão: o Islã, que deveria privilegiar e estimular as boas ações, acaba, em sua opinião, afastando dele as “pessoas boas”.

Após o que foi vivido por ela, Verônica afirma ter percebido que o que realmente conduz sua vida é, acima de tudo, “ajudar a quem precisa”, independentemente da religião que as pessoas seguem: e é por esse caminho que ela vai ressignificar tudo o que vivenciou.

O que ficou de bom de tudo isso que eu passei, de verdade, foi a superação diária do desconforto que aquilo me causou. Graças a Deus que eu levei aquela pedrada. Deus foi bom. Deus é bom o tempo todo. Ainda bem que eu levei aquela pedrada porque várias coisas aconteceram depois disso. A raiva passou, mas daquela época para cá eu fiquei mais forte, ajudando mais as pessoas.

Verônica se reposiciona: entende que “foi ótimo levar a pedrada”, pois “isso me deu força para entender que eu tenho que estar ao lado das minorias mesmo”. Assim, se por um lado ela perdeu o seu referencial de comunidade islâmica ideal, por outro foi capaz de se identificar com causas que lhe fazem sentido. A partir daí, ela se vê como mais forte, capaz de levar ajuda não apenas para muçulmanos-as, mas para diversas outras pessoas: “acabei ficando mais ativa com a galera de religião de matriz africana também”.

Outro dia virei para o meu marido do nada e falei: vamos fazer chá e levar pra quem mora na rua? Postei sobre isso, daí apareceu uma doação, depois apareceu outra. De chá passou para sopa, de dez para cinquenta, de cinquenta para cem. Foi muito louco. Eu preciso estar com pessoas que tenham o mesmo pensamento, a mesma iniciativa. *Se é para ajudar, é para ajudar todo mundo.* Esse grupo que a gente fundou é um coletivo. *Só tem eu de muçulmana.* A gente vai pegando outras pessoas no meio do caminho. Você está lá fazendo o que acredita, um trabalho que você gosta, cercada de gente que acredita nas mesmas coisas, cercada de gente que você gosta. *Tem como ficar doente? Não tem como.* Eu com ansiedade, mas fazendo sopa!

Para a interlocutora, é importante estar entre quem tem os mesmos princípios e ideais que ela, independentemente do Islã: o sentido de comunidade não é estar com quem compartilha uma religião em comum, mas com quem tem os mesmos valores. Ao se dispor a “ajudar todo mundo”, sem distinções, ela destaca que apenas agindo coletivamente em rede é que o sofrimento será atenuado, amenizado. Ao fazer o que acredita, cercada de pessoas que partilham dessa visão de mundo e desse projeto comum, isso promove também a atenuação do seu próprio sofrimento: assim “não tem como ficar doente”.

*Isso de oração para se acalmar na crise comigo nunca funcionou.* Admiro quem consegue se tranquilizar com o Alcorão, ouvindo alguma sura. Acho maravilhoso, mas comigo não rola. *Me dói falar que o Alcorão não me ajudou nessa questão, sabe?* Me dói muito. Eu não conseguia parar para ouvir o Alcorão. Na verdade, eu não suportava ouvir o Alcorão. Eu sentia dores cavalares, físicas, um negócio horrível. E não me acalmava: *era árabe, uma coisa que eu não entendia.* Mas em português também me dava um revertério. Em nenhum momento a leitura do Alcorão me ajudou, mas a fé me sustentou. A recordação de Allah, fazer sempre o *zikr*, isso que me segurava. Eu ia fazendo *zikr* e respirando: *Allahu Akbar* o tempo inteiro, *Subhanallah* o tempo inteiro. E respirando. Aí eu ia acalmado.

Chama a atenção a maneira com que a aversão de Verônica à comunidade árabe se reflete também na recitação do Alcorão, que é em árabe e lhe dá um “revertério”. Pode-se pensar

que Verônica encontra na prática social, nas boas ações concretas, a calma e a melhora que, com uma certa dose de pesar, ela admite não ter encontrado nas práticas rituais islâmicas: em seu entendimento, ajudar e fazer o bem é sua prova máxima de fé. Outro recurso terapêutico para Verônica foi ter feito uso de medicamentos por um longo período de sua vida, mas que ela abandona ao perceber que vinham piorando o seu estado. Ela então recorre a outra substância:

*Eu faço uso recreativo de cannabis.* Eu fumo maconha durante a noite porque minhas crises mais violentas eram durante a noite e eu não conseguia mais comer, não dormia, e estava sempre muito ansiosa. Agora eu consigo ter uma vida bem mais tranquila. Eu falo mesmo, falo abertamente. Com pessoas adultas, claro [*risos*]. Eu não sei te explicar quimicamente, mas quando tenho uma crise de ansiedade, quando eu fumo maconha a crise para. *O meu corpo todo relaxa.* Eu tinha crises de me contorcer toda, eu tive muito problema na mão. Não tive mais insônia, que era algo que me causava terror também, e passei a respirar melhor. Então as crises diminuíram, e a intensidade delas também. Não sei te explicar, só sei que acontece isso. E eu fico bem. Agora se eu estiver dentro de uma crise, souber que eu vou entrar na crise e não tiver ninguém por perto e não tiver a maconha, aí pode me levar direto para o pronto-socorro.

Aqui, longe de querer entrar em uma discussão sobre a legalidade jurídica, ou sobre a eficácia terapêutica, entra-se em uma questão controversa do ponto de vista religioso, visto que o uso de qualquer substância tóxica<sup>68</sup> é proibido no Islã, sendo considerado ilícito, *haram*. O mesmo em relação às bebidas alcoólicas, por serem prejudiciais à saúde que o Islã tanto busca preservar, e por terem a capacidade de tirar do ser humano a razão, a consciência.

Além do uso de *cannabis*, Verônica é casada com um homem não-muçulmano, o que também vai contra a prescrição religiosa islâmica. Outra contravenção foi que, após o episódio islamofóbico sofrido, Verônica aboliu o uso do *hijab*: diz que não voltaria a usá-lo, mas que sempre defenderá com muita garra as mulheres que usam. Para ela, “ele está aqui [aponta para a cabeça], para mim ele é invisível”, ou seja, simbólico. Devido a uma série de elementos como esses, e por ter se afastado da comunidade e dos muçulmanos, Verônica diz:

Para a comunidade islâmica eu vivo em um erro terrível. O pessoal nem perde mais tempo me julgando porque eu chuto o pau da barraca. Eu faço muita coisa que, se for

---

<sup>68</sup>Trata-se de uma questão que pode ser melhor investigada futuramente, tanto com os profissionais como com os *sheikhs*: quando não há outra alternativa lícita eficaz, talvez possa haver uma brecha para o uso medicinal de *cannabis*. Como mencionado no capítulo 3, para questões que envolvem a saúde, o parecer médico tem posição mais elevada do que a dos líderes religiosos.

analisar, *eu nem sou mais considerada muçulmana pela doutrina*. Mas eu sei que eu acredito piamente em Deus, em um único Deus, e que o Profeta Muhammad é mensageiro de Deus. E acabou. Quem acha que eu não sou muçulmana que se lasque [risos]. *Eu sou muçulmana e ponto*.

Retoma-se aqui a máxima antropológica de que é muçulmano quem se diz muçulmano, sofre quem diz que sofre. Assim, urge “dialogar, falar, especular, questionar”, pois “*as pessoas precisam falar e precisam ser ouvidas*”.

A fé para mim é o meu acolhimento. *A minha fé me abraça*. É como se ela dissesse: tô aqui, tô viva e não vou deixar você cair. É o que me levanta, é o que eu preciso. Eu realmente me sinto bem, eu tenho esse conforto. *A minha fé me deixa viva*. O amor que eu tenho por Allah é muito grande, muito forte. É uma gratidão enorme. E o Profeta Muhammad! Eu não consigo nem imaginar alguém negando isso, dá até uma dorzinha no coração. *Então quando eu estou ruim eu lembro do que o Profeta passou*. É isso o Islã, entender que *o protagonista disso tudo nunca vai deixar de ser Deus*. E está tudo bem você seguir do seu jeito, do jeito que seja mais confortável para você, sem usar roupas que podem trazer dores de cabeça para mim na rua. *Eu quero sair e voltar viva, não quero apanhar quando sair de casa*. Meu acolhimento no Islã é esse.



## **Considerações finais: o que passa pelo corpo, pela mente e pelo coração?**

O olhar sobre o sofrimento psíquico de mulheres muçulmanas brasileiras traz alguns eixos para ponderação. Embora não haja pretensão alguma de generalizar os dados aqui apresentados, pois coube-me pontuar os encadeamentos entre religião, psicologia e saúde mental na perspectiva *destas* mulheres muçulmanas aqui abordadas, o conjunto de relatos das interlocutoras soa bastante representativo por nos permitir refletir sobre a saúde mental sob ângulos diversos.

Como foi possível constatar, mulheres muçulmanas apresentam formas variadas de explicar suas questões de saúde mental e de situar o Islã nesse processo: ao compartilharem suas dores, adversidades, sofrimentos e mazelas, colocaram a religião ora como figura, ora como fundo pois, além da religião, acionaram uma série de outros marcadores, como raça, gênero e classe, evidenciando que as compreensões e as experiências são moldadas por uma combinação de fatores. Cada grupo de mulheres revelou dimensões distintas da saúde mental, a saber: sintomatologia, diagnósticos e intervenções pautados na visão biomédica, o papel da espiritualidade-religiosidade no entendimento e no enfrentamento do sofrimento psíquico e, por fim, mas não menos importante, as intersecções da saúde mental com as questões sociais, que também adoecem. Dessa maneira, trouxeram matizes ao tema, sinalizando como a saúde mental é ressignificada *no Islã, pelo Islã e para além do Islã*.

Traçou-se um percurso do macro ao micro: as questões levantadas na literatura e no trabalho de campo presencial e digital foram afuniladas no capítulo 3 a partir do aprofundamento da visão teológica do *sheikh* e da perspectiva psiquiátrica-psicanalítica da profissional de saúde mental da comunidade e, ao longo dos capítulos 4, 5 e 6, ganharam voz e “rosto” por meio das interlocutoras. Quando emparelhadas, as particularidades apontadas pelas mulheres muçulmanas nos permitem retornar ao macro, não para fazermos tipificações, mas porque juntas fazem a composição de um painel que informa quais questões estão se

manifestando de forma mais prevalente: entendo que cada interlocutora trouxe em seu relato uma peça diferente que, quando agrupadas, fornecem-nos um panorama das urgências, avanços e demandas ainda não supridas dentro das comunidades islâmicas brasileiras.

Além disso, as narrativas trazidas na terceira parte desta tese desafiam as construções usualmente feitas sobre as experiências de mulheres muçulmanas, sobre o que seria esperado que mulheres muçulmanas trouxessem à tona em uma pesquisa sobre saúde mental: muitos esperariam encontrar aqui mulheres pouco críticas, pouco cientes de si e do seu entorno. Longe disso, buscou-se evidenciar a capacidade de agência de todas as partes aqui representadas: as mulheres, com a dimensão do vivido; os profissionais de saúde mental da comunidade, que aliam seu saber técnico às pautas do grupo; e os *sheikhs*, que são tomados como referência religiosa e atuam como mediadores importantes para que o debate sobre saúde mental efetivamente aconteça.

As falas chamaram nossa atenção para as especificidades das mulheres muçulmanas e para as dinâmicas estabelecidas nas comunidades islâmicas brasileiras mas, mais que isso, alargaram nossa compreensão: sobre a saúde mental como um todo, sobre as teorias e práticas antropológicas e psicológicas, colocaram-nos a pensar criticamente acerca de como se dá a construção de conhecimento e também a questionar as formas como tradicionalmente fazemos pesquisa. Vemos que as concepções e as experiências de muçulmanos-as sobre saúde mental não são formas *alternativas* de entender e viver a saúde mental; são, simplesmente, suas realidades - não há como compreender nem promover saúde mental fora da cultura, da comunidade, da sociedade.

Adentrando pontos mais específicos, mulheres muçulmanas revertidas se queixaram da dificuldade de serem acolhidas. Há uma necessidade latente da comunidade de atentar e lutar em prol da agregação e da valorização de revertidos, bem como de muçulmanos de outras origens e ascendências que vivem no Brasil – partilham da mesma religião, mas possuem

bagagens distintas, o que deveria ser visto como algo favorável para a pluralidade da *Ummah*. Seria benéfica a implementação de espaços de apoio para os revertidos dentro dos centros islâmicos, ajudando-lhes a reconstruir suas redes e a integrá-los à comunidade muçulmana.

Diretamente relacionado ao item anterior, e também ponto de consonância entre a maior parte das interlocutoras, é a islamofobia. Tal intolerância existe no país e exerce forte impacto negativo sobre a saúde mental de muçulmanos-as, ainda que muitos dentro da comunidade se recusem a assumir este dado. Deve haver um reconhecimento interno de que a islamofobia extrapola experiências individuais, sendo aviltante para a comunidade como um todo – e, por ser potencialmente geradora de prejuízos e adoecimentos em diferentes esferas, os membros devem se engajar no fortalecimento da rede comunitária.

Como frisamos no I Relatório de Islamofobia no Brasil (2022), a facilitação do acesso de muçulmanos-as aos serviços psicológicos desponta como uma das iniciativas mais urgentes a serem executadas, não apenas como recurso de intervenção após a ocorrência de um episódio de violência, mas em um movimento efetivo de promoção de saúde mental: embora nos últimos anos tenha havido uma expansão da psicoeducação, cabe uma ação dos profissionais da comunidade rumo à oferta de serviços voluntários, por exemplo.

Fora das comunidades religiosas, pesquisadores e profissionais *psi* podem e devem ser agentes de apoio a um fazer psicológico mais acessível e acolhedor a todos e todas – mas, para tanto, exige-se uma mobilização crítico-reflexiva ao redor de tal agenda. Apesar do crescente interesse pelas dimensões da espiritualidade e da religiosidade na área da saúde, evidenciou-se ao longo de toda a tese o fato de que o Islã têm sido negligenciado pelo campo *psi*. Por um lado, profissionais pouco conhecem essa religião e seus seguidores; por outro, a população muçulmana, embora minoritária, cresce em solo brasileiro tanto pelas reversões quanto pela imigração/refúgio. Para explicar os motivos de tal desarranjo e tentar saná-lo, alguns pontos precisam ser esmiuçados.

O primeiro aponta para a necessidade de superar embates que ainda perduram entre religião e psicologia. Nota-se que os pretensos afastamentos que muitos julgam haver entre estes dois campos fazem com que este desalinho se retroalimente. Afinal, se não falamos sobre religião na formação de psicólogos, poucos serão capazes de reconhecer o tema como relevante em sua prática profissional: vão ignorar essa demanda, ou lidar com ela de maneira eticamente questionável, pautando-se em “achismos” e estereótipos. Caso este psicólogo busque recursos, ainda não os encontrará em abundância: se essas discussões não são promovidas, poucos farão pesquisas sobre isso; e quem as realiza geralmente vivencia uma série de entraves, o que faz com que, infelizmente, suas pesquisas pouco retornem para os currículos da formação em Psicologia – e assim retornamos ao início pois, se as pesquisas sobre espiritualidade, religiosidade e religião são ainda negligenciadas dos cursos de psicologia, os profissionais seguirão despreparados para lidar com a temática, partindo do princípio de que tais pautas são desimportantes, menos valorosas para o campo *psi*.

O Islã não apenas é uma religião desconhecida para a maioria da população: é uma religião *mal conhecida*, pois é constantemente vilipendiada por estereótipos e sensacionalismos que, infelizmente, atingem até mesmo profissionais de saúde e acadêmicos. Há uma falta de compreensão da esfera cultural-religiosa, que pode ser atenuada se os profissionais de saúde promoverem sucessivas aproximações com a comunidade. A psicoeducação, apontada pela maioria das interlocutoras desta pesquisa, é extremamente importante; mas não basta transmitir informações se forem mantidas as hierarquias do saber.

Como salientado, o Islã compreende saúde e doença como dois polos de uma mesma força: entende-se que estar em situação de sofrimento faz parte de um processo que leva a uma melhor compreensão de si, do outro, e de Deus. Mais do que algo puramente íntimo, a religião é coletiva porque entende que o desenvolvimento humano também se dá através da interação com os outros: é nas relações que as virtudes são cultivadas e podem florescer - o objetivo

último da religião é a ligação com Deus, mas as experiências se manifestam e se desdobram necessariamente por meio da mediação das pessoas. Há uma interpretação de um versículo alcorânico que sugere que quem salva uma vida, é como se salvasse a humanidade: depreende-se que, na visão islâmica, o cuidado consigo próprio e também com os outros é parte da devoção, da espiritualidade, da religiosidade. Por que, então, tamanha insistência na sustentação de que seria uma religião desinteressada pela saúde, se as fontes indicam o contrário?

As interlocutoras, ao indicarem as sucessivas falhas da Psicologia e de seus profissionais no fornecimento de uma escuta culturalmente sensível às suas demandas e aos temas que norteiam suas vidas, incitam-nos à reflexão sobre como as próprias bases epistemológicas que sustentam nossos saberes *psi* não têm colaborado com a diversidade que almejamos contemplar com os nossos fazeres. A quem e a quem serve uma psicologia que não repensa suas teorias e práticas e que não fomenta a representatividade dos grupos histórico-socialmente marginalizados? Tal negligência em relação aos muçulmanos dentro do campo *psi* faz com que o grupo busque outros referenciais que melhor reflitam as suas realidades contemporâneas e que mobilize outras estratégias resolutivas para suas demandas.

Como resposta às desigualdades e às invisibilidades criadas e mantidas no campo da psicologia, muçulmanos-as têm acionado a psicologia islâmica como uma categoria nativa, ou seja, trata-se de uma categoria utilizada espontaneamente pelos próprios muçulmanos para dar sentido ao que é da ordem do psicológico: sofrimentos, dores, alegrias, motivações, dentre outros. Analiticamente, tal categoria impele-nos à constatação de que as intervenções psicológicas não poderiam ser universais, já que os sofrimentos e as formas de entendê-lo também não o são. Há lógicas diferentes de se compreender a saúde mental e o sofrimento psíquico – se são mentais, se passam ou não pelo corpo, se são espirituais / do coração e, por isso, afetam a mente, entre outras possibilidades e combinações. Evidenciar o papel ativo da religião e dos religiosos na tessitura de outras categorias explicativas para além das

hegemônicas faz emergir a psicologia islâmica como parte potente de um projeto de psicologia decolonial, que verdadeiramente contemple outras bases epistemológicas e, quiçá, outras práticas de saúde e de cuidado.

Sobre isso, deve ser destacada a frequência com que as mulheres muçulmanas que participaram desta pesquisa aludiram às práticas islâmicas como instrumentos terapêuticos: para muitas, a leitura e a escuta da recitação do Alcorão, as súplicas, a recordação de Deus e as orações são vigorosas neste processo de fortalecimento de si – aludem a uma psicologia islâmica vivida, a psicologia islâmica como prática, como conduta terapêutica pavimentada pela espiritualidade. As interlocutoras tensionam os usos das categorias “religioso” e “psicológico” ao nos mostrarem que, se na teoria esses aspectos por definição se diferem, na prática islâmica eles se fundem.

Dentre os elementos islâmicos, também o uso do *hijab* foi mencionado, ainda que de formas antagônicas: para algumas interlocutoras, o uso do véu as fortalece; para outras, o lenço assume papel oposto, no sentido de que deixam-nas expostas e fragilizadas. Aproveito tal ambiguidade para ampliar a discussão, pois o próprio fator religiosidade é um ingrediente que pode atenuar, manter ou até mesmo desencadear o sofrimento. As interlocutoras se mostraram contrárias à afirmação do senso comum de que só adoece quem não tem fé – trata-se de um equívoco dentro da visão religiosa islâmica. No entanto, assinalam que acreditam que quem tem fé é capaz de encontrar caminhos outros: para essas pessoas, abre-se um leque de possibilidades a serem trilhadas, de acordo com o itinerário de cada uma. Se as visões de mundo religiosa e acadêmico-científica podem fazer companhia uma à outra, também a orientação religiosa e o atendimento psicológico não são excludentes. Para rompermos tal círculo vicioso, há de ser superada a perspectiva ainda tão vigente de que a religião constitui um obstáculo para a saúde: ela pode ser aliada, ponte para o diálogo e para o cuidado.

As religiões são dinâmicas e não estanques, sendo esperado que continuamente surjam novas reflexões, interações e configurações capazes de reverberar sobre os mais diversos temas, inclusive sobre a saúde mental. Se, como profissionais *psi*, nos incomodamos com o desmantelamento das experiências humanas, precisamos abrir mão do poder colonizador que há muito está em nossas mãos – fingimos acreditar que atuamos de acordo com a tão almejada neutralidade, como se a clínica *psi* não tivesse já nascido racializada, identificada com os valores ocidentalizados.

Certamente, a abertura ao diálogo irá colaborar com uma oferta de cuidado mais sensível e integral para um número cada vez mais significativo de pessoas. Para isso, essa construção deve ser coletiva, pautada no diálogo, na troca e na diversificação dos saberes. É possível transformar e ser também transformado pelos outros: no entanto, para que esta relação seja genuína, é preciso abandonar o confronto rumo ao encontro. De acordo com os dados obtidos e as reflexões tecidas, acredita-se que um trabalho com a comunidade deve dar visibilidade às narrativas pessoais de muçulmanos-as que possuem experiências relacionadas à saúde mental; focar em iniciativas conjuntas entre profissionais muçulmanos atuantes no campo da saúde mental e líderes religiosos; e dar abertura à pesquisadores, acadêmicos e profissionais de fora da comunidade, que também têm seus saberes a partilhar.

Em relação aos últimos, cabe destacar que respeitar a ética religiosa é um dever de todo profissional da psicologia: o segundo princípio fundamental do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005) prevê que “o psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades”, e que assim “contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (p. 7). Pelo exposto, uma prática mais sensível e atenta à diversidade cultural-religiosa deve ser uma preocupação da psicologia no geral, e de todo psicólogo e psicóloga em particular, estejam eles

inseridos em qualquer que seja a área, abordagem, atuação: acolher engloba compreender as múltiplas dimensões que atravessam as pessoas e os grupos que estão diante de nós.

Por fim, considerando que uma das mais importantes missões de uma pesquisa é apontar buracos de sentido, encerro esta tese tal qual um chiste que dizia que Nasrudin, um personagem popular no imaginário árabe-islâmico, procurava incessantemente uma chave no chão, quando na verdade a havia deixado em sua casa. Questionam: “mas então por que você está procurando a chave por aqui?”. E a sua resposta foi: “porque aqui tem mais luz”. Esta pesquisa exploratória-descritiva buscou fazer uma primeira aproximação em relação ao tema da saúde mental de muçulmanas brasileiras. Certamente, restaram camadas de sentido inexploradas que, fazendo uso da expressão que é tão característica da Prof<sup>ª</sup> Francirosy Campos Barbosa quando cita Lévi-Strauss, seriam também “boas para pensar”. Entretanto, são as pontas soltas que permitem que a vida e a pesquisa continuem - sabe-se que nenhum pesquisador dá conta de uma totalidade: nem de capturar o todo de uma cultura nem de apreender o todo de uma história de vida ou de uma narrativa de sofrimento.

Espera-se que pesquisadores vindouros escrevam outras histórias sobre o tema da saúde mental junto às-aos muçulmanas-os, e que pontos que foram levantados nessa tese possam ser adensados em pesquisas futuras. Repito o apontamento feito ao final da minha dissertação de mestrado, para que pesquisas semelhantes sobre sexualidade e saúde mental sejam realizadas com os homens muçulmanos e, mais uma vez, ressalto a importância de que os estudos se atentem para revertidos e demais minorias dentro das comunidades religiosas islâmicas, abarcando as especificidades e necessidades de outros segmentos islâmicos presentes no país.

Por ora, fiquemos com o entendimento de que, para mulheres muçulmanas, falar de saúde mental é falar de (seu) ser. O que está no coração destas mulheres, ou seja, em seu centro, passa pelo corpo, passa pela mente. Se a saúde mental é bio, psico, social, espiritual – ela também pode ser *corpo, mente, coração*.



## Referências

Abu-Lughod, L. (2013). *Do Muslim women need saving?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Abu-Lughod, L. (2018). A escrita contra a cultura. *Equatorial*, 5(8), 193-226. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/15615>

Abu-Lughod, L. (2020). *A escrita dos mundos de mulheres: histórias beduínas*. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens Edições.

Abu-Ras, W.; Gheith, A.; & Cournos, F. (2008). The Imam's role in mental health promotion: a study at 22 Mosques in New York City's Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*, 3(2), 155-176. <https://doi.org/10.1080/15564900802487576>

Abu-Raiya, H. (2012). Towards a systematic Qura'nic theory of personality. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(3), 217–233. <https://doi.org/10.1080/13674676.2011.640622>

Acim, R. (2018). The reception of Sufism in the West: the mystical experiences of American and European converts. *Journal of Muslim Minority Affairs*, 38(1), 57-72. <https://doi.org/10.1080/13602004.2018.1432145>

Ahmad, M.; & Khan, S. (2016). A model of spirituality for ageing Muslims. *J Relig Health*, 55(3), 830-843. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0039-0>

Ahmed, S., & Ezzeddine, M. (2009). Challenges and opportunities facing American Muslim youth. *Journal of Muslim Mental Health*, 4(2), 159–174. <https://doi.org/10.1080/15564900903245782>

Alavi, H. R. (2009). Ethical views of Ibn Miskawayh and Aquinas. *Philosophical Papers and Review*, 1(4), p. 1-5. Recuperado de <https://academicjournals.org/journal/PPR/article-full-text-pdf/E3D5CF4262>

Al-Balkhi, A. Z. (2013). *Sustenance of the soul*. London: The International Institute of Islamic Thought. (Trabalho original publicado no século IX).

Alcorão. (2005). *Tradução do sentido do Nobre Alcorão* (H. Nasr, trad.). Meca, Arábia Saudita: Liga Islâmica Mundial.

Alcorão. (2009). *O significado dos versículos do Alcorão Sagrado com comentários* (S. El Hayek, trad.). 14ª ed. São Paulo, SP: Marsam Editora Jornalística.

Ali, A. (2017). *The impact of Islamophobia on the Muslim American community: accounts of psychological suffering, identity negotiation, and collective trauma*. Masters Thesis, Smith College, Northampton, MA.

Ali, O. M.; Milstein, G.; & Marzuk, P. M. (2005). The Imam's role in meeting the counseling needs of Muslim communities in the United States. *Psychiatric Services*, 56(2), 202-205. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.202>

Ali, S., & Awaad, R. (2019). Islamophobia and public mental health: lessons learned from community engagement projects. In H. Moffic, J. Peteet, A. Hankir, & R. Awaad (Eds), *Islamophobia and Psychiatry* (pp. 375-390). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

Al-Karam, C. Y. (2018). Islamic Psychology: towards a 21st century definition and conceptual framework. *Journal of Islamic Ethics*, 2, 97–109. <https://doi.org/10.1163/24685542-12340020>

Al-Krenawi, A. (2016). The role of the mosque and its relevance to social work. *International Social Work*, 59(3), 359-367. <https://doi.org/10.1177/0020872815626997>

Altalib, H. H.; Elzamzamy, K.; Fattah, M.; Ali, S. S.; & Awaad, R. (2019). Mapping global Muslim mental health research: analysis of trends in the English literature from 2000 to 2015. *Global Mental Health*, 6, E6. <https://doi.org/10.1017/gmh.2019.3>

Alves, C. B.; & Delmondez, P. (2015). Contribuições do pensamento decolonial à psicologia política. *Revista Psicologia Política*, 15(34), 647-661. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2015000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000300012&lng=pt&nrm=iso)

Amer, M. M., & Bagasra, A. (2013). Psychological research with Muslim Americans in the age of Islamophobia: trends, challenges, and recommendations. *American Psychologist*, 68(1), 134-144. <https://doi.org/10.1037/a0032167>

American Psychiatric Association [APA]. (2018). *Mental health disparities: Muslim Americans*. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/mental-health-facts>

American Psychological Association [APA]. (2011). *Muslims in America, post 9/11*. Recuperado de <https://www.apa.org/monitor/2011/09/muslims.aspx>

American Psychological Association [APA]. (2017). *More research is needed*. Recuperado de <https://www.apa.org/monitor/2017/04/islamophobia-research.aspx>

American Psychological Association [APA]. (2021). *Apology to People of Color for APA's Role in Promoting, Perpetuating, and Failing to Challenge Racism, Racial Discrimination, and Human Hierarchy in U.S.: Resolution adopted by the APA Council of Representatives on October 29, 2021*. Recuperado de <https://www.apa.org/about/policy/racism-apology>

Amr, S. S.; & Tbakhi, A. (2007). Ibn Sina (Avicenna): the prince of physicians. *Ann Saudi Med*, 27(2), 134-135. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2007.134>

Amri, S.; & Bemak, F. (2013). Mental health help-seeking behaviors of Muslim immigrants in the United States: Overcoming social stigma and cultural mistrust. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 43-63. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.104>

Armstrong, K. (2002). *Maomé: uma biografia do Profeta*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Augras, M. (1986). Psicanalistas e pais-de-santo: coisa de demanda. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 38(3), 92-100. Recuperado de <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/19314>

Awaad R. (2015). A journey of mutual growth: mental health awareness in the Muslim community. In: Roberts L., Reicherter D., Adelsheim S., & Joshi S. (Eds), *Partnerships for Mental Health* (pp. 137-145). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

Awaad, R. (2020, 17 jul). Historical perspectives & modern implications of Islamic Psychology. [Arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=T7iwxoUpsCw>

Awaad, R. & Ali, S. (2015). Obsessional Disorders in al-Balkhi's 9th century treatise: Sustenance of the Body and Soul. *Journal of Affective Disorders*, 180, 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.003>

Awaad, R.; & Ali, S. (2016). A modern conceptualization of phobia in al-Balkhi's 9th century treatise: Sustenance of the Body and Soul. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.11.003>

Awaad, R.; Elsayed, D.; Ali, S.; & Abid, A. (2020). Islamic Psychology: A Portrait of its Historical Origins and Contributions. In H. Keshavarzi, F. Khan, Ali. B & R. Awaad (Eds.), *Applying Islamic Principles to Clinical Mental Health Care: Introducing Traditional Islamically Integrated Psychotherapy* (pp. 69-95). New York: Routledge.

Awaad, R.; Mohammad, A.; Elzamzamy, K.; Fereydooni, S.; & Gamar, M. (2019). Mental Health in the Islamic Golden Era: The Historical Roots of Modern Psychiatry. In H. S. Moffic;, J. R. Peteet; A. Hankir; & R. Awaad (Eds.), *Islamophobia and Psychiatry: Recognition, Prevention, and Treatment* (pp. 3-17). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

Aziz, S. (2021). *The racial Muslim: When racism quashes religious freedom*. Berkeley, CA: University of California Press.

Azize, R. L. (2008). Uma *neuro-weltanschauung*? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. *Mana*, 14(1), 7-30. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132008000100001>

Badri, M. (2016). *The dilemma of Muslim psychologists*. Kuala Lumpur: Islamic Book Trust. (Trabalho original publicado em 1979).

Bakar, F. (2018). *Muslims, we desperately need to start talking about mental health*. Recuperado de <https://metro.co.uk/2018/05/17/muslims-we-desperately-need-to-start-talking-about-mental-health-7550258>

Bakhsh, A. O. (2013). The virtuous city: the Iranian and Islamic heritage of utopianism. *Utopian Studies*, 24(1), 41-51. <https://doi.org/10.5325/utopianstudies.24.1.0041>

Bakhtiar, L. (2003). *Al-Ghazzali: His Psychology of the Greater Struggle*. Chicago, IL: Kazi Publications.

Barbosa, F. C. (2017, 19 de novembro). Pode a mulher muçulmana falar? *Brasília em Foco*. Recuperado de <https://brasiliainfoco.com/coluna-pode-a-mulher-muculmana-falar-por-francirosy-ferreirasp/>

Barbosa, F. C. (2020). *A reversão é o começo, não o fim*. Recuperado de <https://www.hijabse.com/post/revers%C3%A3o-um-processo>

Barbosa, F. C. (2021). *Hajja, Hajja: a experiência de peregrinar*. São Bernardo do Campo: Ambigrama.

Barbosa, F. C.; Molina, A. M. R.; Prado, P. S. do; & Pasqualin, F. A. (Orgs.). (2022). *Islam, decolonialidade e(m) diálogos plurais*. São Bernardo do Campo: Ambigrama.

Barbosa, F. C.; & Paiva, C. M. (2017). Sexo/prazer no Islam é devoção. *Religião & Sociedade*, 37(3), 198-223. <https://doi.org/10.1590/0100-85872017v37n3cap08>

Barbosa, F. C.; Souza, F. F.; Lucas, I. M.; Rocha, G. C.; Carlos, I. B.; & Paiva, C. M. (2022). *I Relatório de Islamofobia no Brasil*. São Bernardo do Campo: Ambigrama. Recuperado de [https://www.ambigrama.com.br/files/ugd/ffe057\\_6fb8d4497c4748f8961c92a546c5b3fc.pdf](https://www.ambigrama.com.br/files/ugd/ffe057_6fb8d4497c4748f8961c92a546c5b3fc.pdf)

Barbosa-Ferreira, F. C. (2007). *Entre arabescos, luas e tâmaras: performances islâmicas em São Paulo* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-24102007-143500/pt-br.php>

Barbosa-Ferreira, F. C. (2008). O estado liminar cotidiano do jejum no mês do Ramadã. *Revista Litteris*, 1, 1-14. Recuperado de [https://www.academia.edu/2394401/O\\_estado\\_liminar\\_cotidiano\\_do\\_jejum\\_no\\_m%C3%AAs\\_do\\_Ramad%C3%A3](https://www.academia.edu/2394401/O_estado_liminar_cotidiano_do_jejum_no_m%C3%AAs_do_Ramad%C3%A3)

Barbosa-Ferreira, F. C. (2009a). Mais de mil e uma noites de experiência etnográfica: uma construção metodológica para pesquisadores-performers da religião. *Etnográfica*, 13(2), 441-464. <https://doi.org/10.4000/etnografica.1166>

Barbosa-Ferreira, F. C. (2009b). O sheik é o livro... aquele que ouve e aquele que fala. *Teoria & Sociedade*, 17(1), 84-113. Recuperado de [https://www.academia.edu/2394396/O\\_Sheik\\_%C3%A9\\_o\\_livro\\_aquele\\_que\\_ouve\\_e\\_aquele\\_que\\_fala](https://www.academia.edu/2394396/O_Sheik_%C3%A9_o_livro_aquele_que_ouve_e_aquele_que_fala)

Barbosa-Ferreira, F. C. (2010). *Olhares femininos sobre o Islã: etnografias, metodologias e imagens*. São Paulo: Hucitec.

Barbosa-Ferreira, F. C. (2013a). Hajj, Umrah – uma peregrinação num espaço energizado e concêntrico. *HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, 11(31), 891-913. <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2013v11n31p891>

Barbosa-Ferreira, F. C. (2013b). Antropologia e misticismo: diálogos com uma nativa na rede. *Iluminuras*, 14(32), 146-159. <https://doi.org/10.22456/1984-1191.37749>

- Barmania, S. (2017). *Depression doesn't make you a bad Muslim: what the Islamic community can do for mental health*. Recuperado de <https://inews.co.uk/opinion/depression-doesnt-make-bad-muslim-community-can-mental-health>
- Barros, D. D. (2004). *Itinerários da loucura em territórios Dogon*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bauer, K. (2017). Emotion in the Qur'an: an overview. *Journal of Qur'anic Studies*, 19(2), 1-30. <https://doi.org/10.3366/jqs.2017.0282>
- Bayat, A. (2010). Muslim Youth and the Claim of Youthfulness. In L. Herrera, & A. Bayat (Eds.), *Being Young and Muslim: New Cultural Politics in the Global South and North* (pp. 27-48). New York: Oxford University Press.
- Bennani, J. (2008). *Psychanalyse en terre d'islam: introduction à la psychanalyse au Maghreb*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès.
- Benslama, F. (2002). *La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*. Paris: Aubier.
- Bernard, H. R. (2002). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.
- Bernardino-Costa, J., Maldonado-Torres, N., & Grosfoguel, R. (2019). Introdução: Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. In J. Bernardino-Costa, N. Maldonado-Torres, & R. Grosfoguel (Orgs.), *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico* (pp. 9-26). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Bogdan, R. C.; & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bonet, O. (2012). Do que estamos falando? Eficácia simbólica, metáforas e o "espaço entre". In F. Tavares; & F. Bassi (Orgs.), *Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde* (pp. 101-117). Salvador: EDUFBA.
- Bouhdiba, A. (2006). *A sexualidade no Islã*. São Paulo, SP: Globo. (Trabalho original publicado em 1975).
- Cabanas, E.; & Illouz, E. (2022). *Happycracia: fabricando cidadãos felizes*. São Paulo: Ubu.
- Canaan, T. (1938). The decipherment of Arabic talismans. *Berytus Archaeological Studies*, 5(1), 141–151.
- Canguilhem, G. (2011). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1966).
- Castro, C. M. de; & Vilela, E. M. (2019). Muçulmanos no Brasil: uma análise socioeconômica e demográfica a partir do Censo 2010. *Religião & Sociedade*, 39(1), 170-197. <https://doi.org/10.1590/0100-85872019v39n1cap08>

Cerqueira-Santos, E., Koller, S. H., & Pereira, M. T. L. N. (2004). Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 82-91. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300011>

Chagas, G. F. (2006). *Conhecimento, identidade e poder na comunidade sunita do Rio de Janeiro* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Antropologia Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói. Recuperado de <http://ppgantropologia.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/16/2016/07/GISELE-FONSECA-CHAGAS-1.pdf>

Chagas, G. F. (2011). *Sufismo, carisma e moralidade: uma etnografia do ramo feminino da tariqa Naqshbandiyya-Kuftariyya em Damasco, Síria* (Tese de Doutorado). Departamento de Antropologia Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói. Recuperado de <http://ppgantropologia.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/16/2016/07/GISELE-FONSECA-CHAGAS.pdf>

Chagas, G. F. (2012). "Ser um defunto nas mãos do shaykh": sufismo e a produção de masculinidades em uma rede sufi damascena. *História (São Paulo)*, 31(1), 145-162. <https://doi.org/10.1590/S0101-90742012000100009>

Ciftci, A., Jones, N., & Corrigan, P. W. (2013). Mental health stigma in the Muslim community. *J Muslim Mental Health*, 7(1), 17-32. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.102>

Cinnirella, M.; & Loewenthal, K. M. (1999). Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: a qualitative interview study. *British Journal of Medical Psychology*, 72(4), 505-524. <https://doi.org/10.1348/000711299160202>

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2014). *Código de ética profissional do psicólogo*. Brasília: Autor. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>

Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais [CRP-MG]. (2018). *Nota de orientação sobre Laicidade e Religião*. Belo Horizonte: Autor. Recuperado de <https://crp04.org.br/nota-de-orientacao-sobre-laicidade-religiao/>

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP]. (2016). *Recomendações para atuação profissional da(o) psicóloga (o): relatório síntese das discussões dos seminários estaduais Psicologia, laicidade e as relações com a religião e a espiritualidade*. São Paulo: Autor. Recuperado de [http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/Recomendacoes\\_Diverpsi.pdf](http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/Recomendacoes_Diverpsi.pdf)

Contreras, J.; & Favret-Saada, J. (2018). Ah! A vizinha, a cretina miserável...! *Tessituras*, 6(2), 28-44. <https://doi.org/10.15210/TES.V6I2.13670>

Coppedê, D. R. (2016). *O discurso da depressão: quando dizer é sofrer* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20032017-123636/pt-br.php>

Cunha, V. F. da; Barbosa, F. C; & Scorsolini-Comin, F. (2018). Um convite de Allah: experiência etnográfica de uma pesquisadora no campo das religiões. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 39(2), 213-228. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2018v39n2p213>



- Cunha, V. F. da; & Scorsolini-Comin, F. (2019). A dimensão religiosidade/espiritualidade na prática clínica: revisão integrativa da literatura científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35419. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35419>
- Daghestani, A. N. (1997). al-Razi (Rhazes), 865–925. *Images in Psychiatry*, 154(11), 1602-1602. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1602>
- Dalgalarrondo, P. (2006). Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião [Editorial]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 177-178. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300006>
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Das, V. (2020). *Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário*. São Paulo: Editora UNIFESP.
- De Soudy, A. (2013). *The crisis of Islamic masculinities*. New York, NY: Bloomsbury.
- Dein, S., & Illaiee, A. S. (2013). Jinn and mental health: looking at jinn possession in modern psychiatric practice. *The Psychiatrist*, 37, 290-293. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.042721>
- Deuraseh, N.; & Abu Talib, M. (2005). Mental health in Islamic medical tradition. *The International Medical Journal*, 4(2), 76-79. Recuperado de <https://www.academia.edu/download/7782242/vol4-no2-h2.pdf>
- Dols, M. W. (1992). *Majnun: The madman in medieval Islamic society*. Oxford: Clarendon Press.
- Doufesh, H.; Ibrahim, F.; Ismail, N. A., & Ahmad, W. A. W. (2014). Effect of Muslim prayer (Salat) on  $\alpha$  electroencephalography and its relationship with autonomic nervous system activity. *J Altern Complement Med*, 20(7), 558-62. <https://doi.org/10.1089/acm.2013.0426>
- Duarte, L. F. D., & Carvalho, E. N. de. (2005). Religião e psicanálise no Brasil contemporâneo: novas e velhas Weltanschauungen. *Revista de Antropologia*, 48(2), 473-500. <https://doi.org/10.1590/S0034-77012005000200002>
- Dumovich, L. (2019). *Ya habibi: conversão feminina ao Islã no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ponteio; Educam.
- Dunker, C. (2011). Antropologia e psicanálise: entrevista com Christian Dunker. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, 3(2), 121-146. Recuperado de [http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/Vol3no2\\_ENTREVISTADUNKER.pdf](http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/Vol3no2_ENTREVISTADUNKER.pdf)
- Dunker, C. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Dunker, C. (2017). *Reinvenção da intimidade: políticas do sofrimento cotidiano*. São Paulo: Ubu Editora.

- Dunker, C. (2021). *Uma biografia da depressão*. São Paulo: Planeta.
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *J. Psicanal.*, 47(87), 79-107. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&nrm=iso)
- Ehrenberg, A. (2009). O sujeito cerebral. *Psicologia Clínica*, 21(1), 187-213. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652009000100013>
- El Shakry, O. (2017). *The Arabic Freud: Psychoanalysis and Islam in modern Egypt*. Princeton University Press.
- Fahd, T. (1966). *La divination arabe: études religieuses, sociologiques et folkloriques sur le milieu natif d'Islam*. Leiden: Brill.
- Fanon, F. (2020). Considerações etnopsiquiátricas. In F. Fanon, *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos* (pp. 232-235). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1955).
- Fanon, F.; & Azoulay, J. (2020). A socioterapia numa ala de homens muçulmanos: dificuldades metodológicas. In F. Fanon, *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos* (pp. 171-193). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1954).
- Fanon, F.; & Azoulay, J. (2020). A vida cotidiana nos douars. In F. Fanon, *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos* (pp. 194-208). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1955).
- Favero, S.; & Kveller, D. B. (2022). Adjetivar a Psicologia? *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 22(4), 1499-1517. <https://doi.org/10.12957/epp.2022.71758>
- Fontanella, B. J. B.; Campos, C. J. G.; & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000500025>
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1963).
- Freud, S. (2010). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Obras completas, volume 18: o mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)* (pp. 13-122). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do eu. In S. Freud, *Obras completas, volume 15: psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)* (pp. 13-112). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (2012). Totem e tabu. In S. Freud, *Obras completas, volume 11: totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)* (pp. 13-244). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913).



Freud, S. (2014). O futuro de uma ilusão. In S. Freud, *Obras completas, volume 17: inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)* (pp. 231-301). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1927).

Freud, S. (2016). Meus pontos de vista sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In S. Freud, *Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)* (pp. 348-360). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1906).

Freud, S. (2020). O mal-estar na cultura. In S. Freud, *O mal-estar na cultura e outros escritos* (pp. 305-410). Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1930).

Freud, S. (2021). Tratamento anímico (tratamento psíquico). In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp. 19-49). Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1890).

Gandolfi, M. A. M; & Mir, J. R. (2017). ¿Qué haría usted ante un paciente musulmán con trastorno conversivo?. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 44(1), 61-63. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.06.004>

Geertz, C. (2001). *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Geertz, C. (2004). *Observando o Islã: o desenvolvimento religioso no Marrocos e na Indonésia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Geertz, C. (2008). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicado em 1973).

Geertz, C. (2015). *A vida entre os antros e outros ensaios*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Gobatto, C. A.; & Araújo, T. C. C. F. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24(1), 11-34. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000100002>

Goldman, M.; & Viveiros de Castro, E. (2006). Abaeté, rede de antropologia simétrica. *Cadernos de Campo*, 14/15, 177-190. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v15i14-15p177-190>

Gonçalves, M. A. (2019). *Psicologia favelada: ensaios sobre a construção de uma perspectiva popular em Psicologia*. Rio de Janeiro: Mórula Editorial.

Guimarães Rosa, J. (2019). *Grande sertão: Veredas*. 22ª ed. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1956).

Hamès, C. (2007). *Coran et talismans: textes et pratiques magiques en milieu musulman*. Paris: Karthala.

Haque, A. (2004a). Psychology from Islamic perspective: contributions of early Muslim scholars and challenges to contemporary Muslim psychologists. *Journal of Religion and Health*, 43(4), 357–377. <https://doi.org/10.1007/s10943-004-4302-z>

- Haque, A. (2004b). Religion and Mental Health: the case of American Muslims. *Journal of Religion and Health*, 43, 45–58 <https://doi.org/10.1023/B:JORH.0000009755.25256.71>
- Haque, A.; & Keshavarzi, H. (2014) Integrating indigenous healing methods in therapy: Muslim beliefs and practices. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7(3), 297-314. <https://doi.org/10.1080/17542863.2013.794249>
- Haque, A.; & Rothman, A. (2021). *Islamic Psychology around the globe*. International Seattle, Washington, USA: International Association of Islamic Psychology Publishing.
- Hastings, O. P. (2016). Not a lonely crowd? Social connectedness, religious service attendance, and the spiritual but not religious. *Social Science Research*, 57, 63–79. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2016.01.006>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*, 103(5), 813-21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Hourani, A. (2007). *Uma História dos povos árabes*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Iannini, G.; & Tavares, P. H. (2021). Apresentação. In S. Freud, *As pulsões e seus destinos* (pp. 7-11). Belo Horizonte: Autêntica.
- Iannini, G.; & Tavares, P. H. (2021). Sobre os fundamentos da clínica. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp. 7-15). Belo Horizonte: Autêntica.
- Ijaz, S.; Khalily, M. T.; & Ahmad, I. (2017). Mindfulness in Salah prayer and its association with mental health. *J Relig Health*, 56, 2297–2307. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0413-1>
- Ingold, T. (2019). *Antropologia: para que serve?*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Isgandarova, N. (2015). Music in Islamic spiritual care: a review of classical sources. *Religious Studies and Theology*, 34(1), 101-114. <https://doi.org/10.1558/rsth.v34i1.26326>
- Kamran, G. (2018). Physical benefits of (Salah) prayer - Strengthen the faith & fitness. *J Nov Physiother Rehabil*, 2, 43-53. <https://doi.org/10.29328/journal.jnpr.1001020>
- Kaplick, P. M., & Skinner, R. (2017). The evolving Islam and Psychology movement. *European Psychologist*, 22(3), 198–204. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000297>
- Kehl, M. R. (2015). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. 2. ed. São Paulo: Boitempo.
- Keshavarzi H., & Ali, B. (2019). Islamic Perspectives on Psychological and Spiritual Well-Being and Treatment. In: Moffic H., Peteet J., Hankir A., Awaad R. (Eds.), *Islamophobia and Psychiatry* (pp. 41-53). Springer, Cham.
- Keshavarzi, H. & Ali, B. (2020). Foundations of Traditional Islamically Integrated Psychotherapy. In H. Keshavarzi, F. Khan, Ali. B & R. Awaad (Eds.), *Applying Islamic*

*Principles to Clinical Mental Health Care: Introducing Traditional Islamically Integrated Psychotherapy* (pp. 13-37). New York: Routledge.

Keshavarzi, H.; & Keshavarzi, S. (2020). Emotionally Oriented Psychotherapy. In H. Keshavarzi, F. Khan, Ali. B & R. Awaad (Eds.), *Applying Islamic Principles to Clinical Mental Health Care: Introducing Traditional Islamically Integrated Psychotherapy* (pp. 171-208). New York: Routledge.

Khan, F., Keshavarzi, H. & Rothman, A. (2020). The Role of the TIIP Therapist: Scope of Practice and Proposed Competencies. In H. Keshavarzi, F. Khan, Ali. B & R. Awaad (Eds.), *Applying Islamic Principles to Clinical Mental Health Care: Introducing Traditional Islamically Integrated Psychotherapy* (pp. 38-65). New York: Routledge.

Koenig, H. G. (2012). *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM.

Koenig, H. G.; Al Shohaib, S. S. (2017). *Islam and mental health: beliefs, research and applications*. Durham: Duke University.

Kury, M. da G. (2008). *Dicionário de mitologia grega e romana*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Lacan, J. (2005). *O triunfo da religião, precedido de Discurso aos católicos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1974).

Langdon, E. J. (2003). Cultura e os processos de saúde e doença. In *Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. Londrina, 91-107.

Langdon, E. J.; Follér, M. L.; & Maluf, S. W. (2012). Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anuário Antropológico, 1*, 51-89. <https://doi.org/10.4000/aa.254>

Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Latour, B. (2001). *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, SP: EDUSC.

Le Breton, D. (2019). *Por uma antropologia das emoções*. Recuperado de <https://blogdolabemus.com/wp-content/uploads/2019/05/Le-Breton-Por-uma-antropologia-das-emo%C3%A7%C3%B5es.pdf>

Lévi-Strauss, C. (2012). A eficácia simbólica. In C. Lévi-Strauss, *Antropologia estrutural* (pp. 265-291). São Paulo: Cosac Naify. (Trabalho original publicado em 1949).

Lilienfeld, S. O., Aslinger, E., Marshall, J., & Satel, S. (2018). Neurohype: a field guide to exaggerated brain-based claims. In L. S. M. Johnson & K. S. Rommelfanger (Eds.), *The Routledge handbook of neuroethics* (p. 241–261). Routledge/Taylor & Francis Group.

Lima, L. B. (2018). *Jihad(s) islâmica(s) (des)viada(s): uma (n)etnografia com muçulmanas-os inclusivas-os da França* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Lingiardi, V. (2021). *Diagnóstico e destino*. São Paulo: Editora Âyiné.

Lipovetsky, G. (2007). *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*. São Paulo: Companhia das Letras.

Lucchetti, A. L. G. (2013). *Descrição da terapia complementar religiosa em centros espíritas da cidade de São Paulo com ênfase na abordagem sobre problemas de saúde mental* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-24022014-162505/pt-br.php>

Maanán, A. M. (2006). *Tasawwuf: introducción al Sufismo*. Córdoba: Almuzara.

Maldonado-Torres, N. (2007). Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In S. Castro-Gomez, & R. Grosfoguel (Orgs.), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 127-167). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

Malinowski, B. (2013). *Sexo e repressão na sociedade selvagem*. Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1927).

Marin, A. H.; Schaefer, M. P.; Lima, M.; Rolim, K. I.; Fava, D. C.; & Feijó, L. P. (2021). Delineamentos de pesquisa em psicologia clínica: classificação e aplicabilidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221647>

Marques, V. L. M. (2000). *Conversão ao Islam: o olhar brasileiro, a construção de novas identidades e o retorno à tradição* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. Recuperado de <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/4009>

Mauss, M. (1979). A expressão obrigatória dos sentimentos. In R. C. de Oliveira (Org.), *Marcel Mauss: Antropologia* (pp. 147-153). São Paulo: Ática. (Trabalho original publicado em 1921).

Mauss, M. (2015). Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In M. Mauss, *Sociologia e antropologia* (pp. 365-395). 2ª ed. São Paulo, SP: Cosac Naify. (Trabalho original publicado em 1938).

Mendes, E. D.; Viana, T. de C.; & Bara, O. (2014). Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(4), 423-431. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ptp/a/SZNKctRm7tcwQrPw37DZD4n/?lang=pt>

Minayo, M. C. S. (2006). Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: G. W. S. Campos et al. (Org.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 189-218). São Paulo: Hucitec.

Mitha, K. (2020). Conceptualising and addressing mental disorders amongst Muslim communities: Approaches from the Islamic Golden Age. *Transcult Psychiatry*, 57(6), 763–774. <https://doi.org/10.1177/1363461520962603>

Mizumoto, S. A. (2012). *Dissociação, religiosidade e saúde: um estudo no Santo Daime e na Umbanda* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-19072012-102245/pt-br.php>

Molina, A. M. R. (2022). Fotografia-chave para compreensão possível do *hijab*. *GIS - Gesto, Imagem e Som - Revista de Antropologia*, 7(1), p. e185807. <https://doi.org/10.11606/issn.2525-3123.gis.2022.185807>

Montenegro, S. M. (2000). *Dilemas identitários do Islã no Brasil: a comunidade muçulmana do Rio de Janeiro* (Tese de Doutorado). Departamento de Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Montenegro, S. M.; & Benlabbah, F. (2013) *Muçulmanos no Brasil: comunidades, instituições, identidades*. Rosario: UNR Editora.

Montero, P. (1985). *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Murakami, R.; & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. enferm.*, 65(2), 361-367. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>

Nasser, A. (2017, 14 de novembro). *Twitter*. Recuperado de <https://twitter.com/shaykhazhar/status/930640048105463808>

Nogueira, R. (2020). Fanon: uma filosofia para reexistir. In F. Fanon, *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos* (pp. 7-19). São Paulo: Ubu Editora.

Oliveira, M. R. de, & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(3), 469-476. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>

Oman, D.; & Lukoff, D. (2018). Mental health, religion, and spirituality. In D. Oman (Ed.), *Why religion and spirituality matter for public health: evidence, implications, and resources* (pp. 225-243). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

Organização das Nações Unidas no Brasil [ONU]. (2016, 10 de outubro). Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1947). *World Health Organization Constitution*. Genebra: WHO.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: OMS, 2017. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. (2018). *Saúde mental dos adolescentes*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>

Ortega, F. (2009). Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(31), 247-260. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400002>

Ozyegin, G. (2016). *Gender and sexuality in Muslim cultures*. New York, NY: Routledge.

Padela, A.I., Killawi, A., Heisler, M., Demonner, S.; & Fetters M. D. (2011). The role of Imams in American Muslim health: perspectives of Muslim community leaders in Southeast Michigan. *J Relig Health* 50, 359–373. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9428-6>

Paiva, C. M. (2018). *As mulheres, os perfumes e as preces: um olhar simbólico sobre a sexualidade no Islã* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59142/tde-04102018-102255/pt-br.php>

Paiva, C. M. (2019). PANDOLFO, Stefania. Knot of the soul: madness, psychoanalysis, Islam. Chicago: The University of Chicago Press, 2018. 384 p. *Horizontes Antropológicos*, 25(55), 359-365. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832019000300016>

Paiva, C. M. (2022). Pelos caminhos do coração, os caminhos da pesquisa: construindo sentidos sobre sexualidade e saúde mental com mulheres muçulmanas brasileiras. In: F. C. Barbosa; A. M. R. Molina; P. S. do Prado; & F. A. Pasqualin (Orgs.), *Islam, decolonialidade e(m) diálogos plurais* (pp. 191-207). São Bernardo do Campo: Ambigrama.

Paiva, C. M., & Barbosa, F. C. (2017). Sexo no Islã não é tabu: desejos, prazeres e práticas das mulheres muçulmanas. *Revista Reflexão*, 42(1), 113-124. <http://dx.doi.org/10.24220/2447-6803v42n1a3840>

Paiva, C. M; & Barbosa, F. C. (2019). Arranjos entre religião, sexualidade e saúde mental: concepções e experiências de mulheres muçulmanas. *Revista NUPEM*, 11(24), 19-34. <https://doi.org/10.33871/nupem.v11i24.667>

Paiva, C. M.; & Barbosa, F. C. (2021). Decolonizando a sexualidade no Islã: um diálogo com mulheres muçulmanas brasileiras. *Psicologia & Sociedade*, 33, e240224. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33240224>

Pandolfo, S. (2018). *Knot of the soul: madness, psychoanalysis, Islam*. Chicago: The University of Chicago Press, 2018.

Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3), 168–181. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1303\\_02](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1303_02)

Parker, I.; & Siddiqui, S. (Eds.). (2019). *Islamic psychoanalysis and psychoanalytic Islam: cultural and clinical dialogues*. Abingdon, UK: Routledge.



- Parreiras, C. (2020, 27 mai.). Etnografia em/dos/sobre contextos digitais. [Arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=RRJmGfnKBk0>
- Pasha-Zaidi, N. (2019). Indigenizing an Islamic psychology. *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/rel0000265>
- Pasqualin, F. A. (2018). *O (des)encanto do casamento intercultural: brasileiras casadas com muçulmanos estrangeiros* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-20062018-113017/pt-br.php>
- Pasqualin, F. A., & Barbosa, F. C. (2016). Casamento intercultural islâmico: quando a internet faz parte da relação. *Último Andar*, 29(1), 64-79. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/ultimoandar/article/download/31310/21809/0>
- Peirano, M. (2003). *Rituais: ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Peirano, M. (2008). Etnografia, ou a teoria vivida. *Ponto Urbe*, 1(2), 1-11. <https://doi.org/10.4000/pontourbe.1890>
- Perin, V. P. (2021). Sobre histórias, fragmentos e silêncios em narrativas engajadas. *Anuário Antropológico*, 46(1), 298-314. <https://doi.org/10.4000/aa.7711>
- Pinto, P. G. H. R. (2010). *Islã e civilização: uma abordagem antropológica*. Aparecida: Editora Santuário.
- Pinto, P. G. H. R. (2017). Mystical metaphors: ritual, symbols and self in Syrian Sufism. *Culture and Religion*, 18, 90-109. <https://doi.org/10.1080/14755610.2017.1326957>
- Pizzinato, A.; Guimarães, D. S.; & Leite, J. F. (2019). Psicologia, povos e comunidades tradicionais e diversidade etnocultural. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(n. spe), e032019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000032019>
- Puchalski, C. M.; Blatt, B.; Kogan, M., & Butler, A. (2014). Spirituality and health: the development of a field. *Academic Medicine*, 89(1), 10–16. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000083>
- Pussetti, C.; & Brazzabeni, M. (2011). Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica*, 15(3), 467-478. <https://doi.org/10.4000/etnografica.1036>
- Rahman, F. (1987). *Health and medicine in the Islamic tradition*. New York: Crossroad.
- Ramos, V. L. (2003). *Conversão ao Islã: uma análise sociológica da assimilação do ethos religioso na sociedade muçulmana sunita em São Bernardo do Campo na região do grande ABC* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciência da Religião, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1910>
- Rassool, G. H. (2014). *Cultural competence in caring for Muslim patients*. Palgrave Macmillan.

Rassool, G. H. (2016). *Islamic counselling: an introduction to theory and practice*. New York, NY: Routledge.

Rassool, G. H. (2019). *Evil eye, jinn possession, and mental health issues: an Islamic perspective*. Oxford, UK: Routledge.

Reis, J. J. (2003). *Rebelião escrava no Brasil: a história do levante dos malês em 1835*. São Paulo: Companhia das Letras.

Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta/FAPESP.

Rose, N. (2003). Neurochemical selves. *Society*, 41, 46-59. <https://doi.org/10.1007/BF02688204>

Rothman, A. (2018). An Islamic theoretical orientation to psychotherapy. In C. Y. Al-Karam (Ed.), *Islamically Integrated Psychotherapy uniting faith and professional practice* (pp. 25-56). West Conshohocken, USA: Templeton Press.

Rothman, A. (2019). *Heartfulness*. Shifaa Integrative Counseling. Recuperado de <http://www.shifaacounseling.com/blog/heartfulness>

Rothman, A.; & Coyle, A. (2018). Toward a Framework for Islamic Psychology and Psychotherapy: an Islamic Model of the Soul. *J Relig Health*, 57, 1731–1744. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0651-x>

Rothman, A.; & Coyle, A. (2020). Conceptualizing an Islamic psychotherapy: a grounded theory study. *Spirituality in Clinical Practice*, 7(3), 197–213. <https://doi.org/10.1037/scp0000219>

Rumi, J. al-D. (1996). *Poemas Místicos: Divan de Shams de Tabriz*. São Paulo, SP: Attar.

Russo, J. (2002). *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Russo, J. (2017). Do psíquico ao somático: notas sobre a reconfiguração do self contemporâneo. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24(Suppl. 1), 157-169. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702017000400011>

Sabry, W. M., & Vohra, A. (2013). Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(6), 205-214. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105534>

Safatle, V. (2019). *O fim da paranoia: o dia em que começamos a sofrer de outra maneira*. Recuperado de <https://epoca.globo.com/o-fim-da-paranoia-23831116>

Said, E. (2004). *Freud e os não-europeus*. São Paulo: Boitempo

Sajadi, M. M., Mansouri, D., & Sajadi, M.R. (2009). Ibn Sina and the clinical trial. *Ann Intern Med*, 150(9), 640-643. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00011>



- Samari, G. (2016). Islamophobia and public health in the United States. *American Journal of Public Health, 106*(11), 1920–1925. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303374>
- Samari, G., Alcalá, H. E., & Sharif, M. Z. (2018). Islamophobia, health and public health: a systematic literature review. *American Journal of Public Health, 108*(6), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304402>
- Savage-Smith, E. (2004). *Magic and divination in early Islam*. Aldershot, UK: Ashgate.
- Schwarcz, L. M. (2019). *Sobre o autoritarismo brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Scorsolini-Comin, F. (2014). Atenção psicológica e umbanda: experiência de cuidado e acolhimento em saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 14*(3), 773-794. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812014000300005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000300005&lng=pt&nrm=iso)
- Scorsolini-Comin, F. (2018). "É como mexer em um vespeiro": a consideração das religiões afro-brasileiras no cuidado em saúde. *Revista da SPAGESP, 19*(1), 1-5. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702018000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000100001&lng=pt&nrm=iso)
- Seedat, M. (2021). Signifying Islamic psychology as a paradigm: A decolonial move. *European Psychologist, 26*(2), 131–141. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000408>
- Shahid, S. M. (2016). *Psychological foundation of the Qur'an: Islamic mental health directions presented 1430 years ago (volume III)*. Bloomington, IN: Xlibris.
- Siddiqui, M. (2015). *Hospitality and Islam: Welcoming in God's Name*. New Haven: Yale University Press.
- Siddiqui, M. (2021). *Human struggle: Christian and Muslim perspectives*. Cambridge University Press.
- Silva, M. L. V. da. (2019). *Hijrat al-nafs: narrativas fractais e tramas legais na experiência migratória forçada de muçulmanos com sexualidades dissidentes na cidade de São Paulo – direitos, discursos e memórias* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59142/tde-08052019-012526/pt-br.php>
- Silva, S. A. da; Herzberg, E.; & Matos, L. A. L. de. (2015). Características da inserção da psicologia nas pesquisas clínico-qualitativas: uma revisão. *Boletim de Psicologia, 65*(142), 97-111. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432015000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000100009&lng=pt&tlng=pt)
- Skinner, R. (2010). An Islamic approach to psychology and mental health. *Mental Health, Religion & Culture, 13*, 547–551. <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.488441>
- Skinner, R. (2019). Traditions, paradigms and basic concepts in Islamic Psychology. *J Relig Health, 58*, 1087–1094. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0595-1>

Spink, M. J. P. (2010). Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de Psicologia - International Journal of Psychology*, 12(1), 41-56. Recuperado de <https://quadernsdepsicologia.cat/article/viewFile/752/664>

Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>

Spivak, G. (2010). *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte, MG: Editora UFMG.

Suleimenov, P. (2019). The philosophical basis of Al-Farabi's concept of 'Virtuous City'. *Acta Baltica Historiae et Philosophiae Scientiarum*, 7(3), 147-157. <https://doi.org/10.11590/abhps.2019.3.07>

Szapiro, A. M. (2005). Em tempos de pós-modernidade: vivendo a vida saudável e sem paixões. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 5(1), 25-37. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812005000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812005000100003)

Szyborska, W. (2011). *Poemas*. São Paulo: Companhia das Letras.

Tibi, S. (2006). Al-Razi and Islamic Medicine in the 9th Century. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(4), 206-207. <https://doi.org/10.1177/014107680609900425>

Tobah, S. (2017). Constructing mental illness: comparing discourses on mental health, illness, and depression by Muslim leaders with those found in consumer health materials. *Journal of Muslim Mental Health*, 11(2), 47-66. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0011.203>

Tomassi, B. C. T. (2011). *Assalamu Aleikum favela: a performance Islâmica no movimento hip hop das periferias do ABCD e de São Paulo* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Recuperado de <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=482362>

Toniol, R. (2022). *Espiritualidade incorporada: pesquisas médicas, usos clínicos e políticas públicas na legitimação da espiritualidade como fator de saúde*. Porto Alegre: Zouk.

Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>

Turner, V. (2005). *Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: EdUFF.

Uriarte, U. M. (2012). O que é fazer etnografia para os antropólogos. *Ponto Urbe*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.4000/pontourbe.300>

Utz, A. (2011). *Psychology from the Islamic perspective*. Riyadh: International Islamic Publishing House.

Veiga, L. M. (2019). Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31, 244-248. [https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i\\_esp/29000](https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000)

Verza, T. M. (2015). A “Epístola sobre o intelecto”, de Al-Kindi. *Kriterion: Revista de Filosofia*, 56(131), 291-295. <https://dx.doi.org/10.1590/0100-512X2015n13116tmz>

Vidal, F. (2011). O sujeito cerebral: um esboço histórico e conceitual. *Polis e Psique*, 1(1), 169-190. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.25883>

Viveiros de Castro, E. (2002). O nativo relativo. *Mana*, 8(1), 113-148. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132002000100005>

Wadud, A. (1999). *Qur'an and women: rereading the sacred text from a woman's perspective*. New York: Oxford University Press.

Watters, E. (2010). A americanização da doença mental. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 102-115. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000100007>

Yilanli, M. (2018). Muhammad ibn Zakariya al-Razi and the first psychiatric ward. *History of Psychiatry*, 13(9), 11-11. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2018.130905>

Yusuf, H. (2012). *Purification of the heart: signs, symptoms and cures of the spiritual diseases of the heart*. San Francisco, CA: Sandala.