



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**ADRIEL SOUZA VILAS BOAS SOARES**

**RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E PRÁTICAS DE CUIDADO: AS  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**SALVADOR**

**2024**

ADRIEL SOUZA VILAS BOAS SOARES

RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E PRÁTICAS DE CUIDADO: AS  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia - MEPISCO / UNEB - como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Condições de vida, situações de saúde e práticas de cuidado.

Orientadora: Profa. Dra. Thais Rodrigues Penaforte

SALVADOR

2024

CATALOGRÁFICA

Biblioteca Professor **Edivaldo Machado Boaventura - UNEB – Campus I**  
**Bibliotecária: Célia Maria da Costa – CRB5/918**

S676r Soares, Adriel Souza Vilas Boas

Religiosidade, espiritualidade e práticas de cuidado: as experiências de usuários de um centro de atenção psicossocial / Adriel Souza Vilas Boas Soares. - Salvador, 2024.

119 f.

Orientadora: Thais Rodrigues Penaforte.

Dissertação (Mestrado - Profissional) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – MEPISCO, Campus I. 2024.

Contém referências e apêndice.

1. etnografia. 2. Religião. 3. Saúde mental. I. Penaforte, Thais Rodrigues. II. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Campus I. III. Título.

CDD: 616.89

ADRIEL SOUZA VILAS BOAS SOARES

RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E PRÁTICAS DE CUIDADO: AS  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado  
Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do  
Estado da Bahia - MEPISCO / UNEB - como  
requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em  
Saúde Coletiva.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024



Documento assinado digitalmente  
**THAIS RODRIGUES PENAFORTE**  
Data: 23/09/2024 10:09:17-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Thais Rodrigues Penaforte - Orientadora

Faculdade de Farmácia - Departamento do Medicamento / Universidade Federal da Bahia,

Salvador, Bahia, Brasil



Documento assinado digitalmente  
**PATRICIA SODRE ARAUJO**  
Data: 21/09/2024 09:21:05-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Patrícia Sodré Araújo

Departamento de Ciências da Vida / Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia,

Brasil



Documento assinado digitalmente  
**FATIMA REGINA GOMES TAVARES**  
Data: 23/09/2024 08:11:44-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Fatima Regina Gomes Tavares

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Departamento de Antropologia / Universidade

Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Salvador

2024

Dedico este trabalho ao meu melhor Amigo, Doutor dos doutores, Mestre dos mestres, Senhor dos senhores, Rei dos reis, Aquele que Era, que É e que Há de vir, o Aleph e Tav, o Cordeiro Santo de Deus que nos deu o Consolador, o Espírito Santo da Verdade e nos religou ao Eu Sou, ao Pai da Eternidade e a Si mesmo, Jesus Cristo de Nazaré.

## AGRADECIMENTOS

Este sonho não seria possível se não fosse a permissão e a bênção do meu Pai Celestial, que me conheceu antes mesmo que eu fosse gerado no ventre de minha mãe, a professora Mere Soares. Mãe, aqui, diz respeito a uma mulher formidável, sensível e dotada de uma força incrível, vencedora de tantas lutas em sua trajetória de vida, que juntamente com o meu paião, Adonias Soares, o melhor representante de vendas do mundo, dedicou tamanho esforço para que meu precioso irmão Gerson e eu tivéssemos a melhor educação possível e, acima de tudo, para que cultivássemos o temor a Deus, como princípio basilar de nossa existência. Sem falar da minha querida avó, a teóloga, educadora e grande amiga, Jersonita Vilas Boas, que sempre me incentivou a manter uma vida acadêmica de novos desafios. Agradeço também aos meus avós paternos, Valdite e João Soares, (*in memoriam*), pelos grandes exemplos de vida. Jamais esquecerei o tênis que Acássia me deu quando fui aprovado no vestibular da Universidade Federal da Bahia. Ao meu cunhado, Israel, pelo fone que me presenteou para realizar as transcrições e pelas manutenções em meu notebook. À melhor sogra do mundo, Otávia Leite, pelas orações e a todos os meus familiares.

Sou imensamente grato a minha amada e admirável esposa, Ester, por todo apoio durante estes anos de estudo, me incentivando a não desistir, sendo paciente nos momentos mais críticos, tendo sempre uma palavra de ânimo, perseverança e dedicando o seu tempo aos cuidados dos nossos filhos. E falando neles, expresso aqui minha alegria de tê-los em minha vida. João, graça e favor de Deus, muito obrigado, como filho maravilhoso que és, pelo apoio nas questões tecnológicas, compreensão em meus momentos de ausência física, sugestões em meus trabalhos e por acreditar em meu potencial. Yanni, você é realmente um presente de Deus, minha filha querida. Jamais reclamou quando o papai dizia que só poderia brincar um pouquinho. Nosso combinado consistia em saber que a qualidade do tempo era mais importante que a quantidade e, assim, otimizamos a convivência e diversão, tão importantes para nós dois. Orgulho-me por ver vocês crescendo, amando a Deus e honrando a seus pais.

Ao preparar este Mestrado, o Senhor providenciou tudo nos mínimos detalhes, inclusive uma amiga que testemunhou a promessa de Deus para a minha vida, participou das minhas lutas diárias, trabalhando, responsabilmente, para ofertarmos o melhor, a cada pessoa que atendemos na farmácia do CAPS: Iraildes, um exemplo de fé e integridade humana. Registro meu agradecimento, profundo, a todos os usuários do CAPS em que trabalho, os quais oportunizaram este aprendizado, compartilharam suas experiências de vida e revelaram elementos singulares que demonstram o quanto são preciosos, admiráveis, resistentes e

únicos. Igualmente, gostaria de agradecer aos meus colegas do CAPS, às gestoras deste serviço e do Distrito Sanitário. Minha imensa gratidão à brilhante coordenadora da Assistência Farmacêutica municipal, a todos colegas farmacêuticos e atendentes de farmácia, bem como à gestão do Departamento de Atenção à Saúde do município, particularmente, à subcoordenadora municipal de Saúde Mental, Álcool e outras drogas.

Expresso o quanto os líderes religiosos que participaram das rodas de conversa, promovidas como produto tecnológico do Mestrado, representam muito para mim, não só por terem aceito o nosso convite, mas pelo exemplo de diálogo e respeito mútuo que oportunizaram. Os colegas do hospital também tiveram papel fundamental, como incentivadores da minha jornada e diante dos desafios do cuidado hospitalar. Sou grato à minha amiga e colega na farmácia hospitalar, Ana Lúcia, mulher sábia e guerreira, que ao me conceder o título informal de professor ampliou o meu interesse por esta formação.

Muito obrigado a todos os excelentes professores, técnicos administrativos e colegas do MEPISCO, com destaque aos componentes da família “Nascimento do Vínculo Santo”. Sinto-me honrado por ter sido tão bem acolhido pela UNEB e ter aprendido com pessoas tão experientes no âmbito científico e dispostas a contribuir com nossa formação. Não posso deixar de registrar meu carinho à doutora Lêda Maria Alcântara, minha professora na UFBA.

À doutora Thais Rodrigues Penaforte, por tamanho amor em nos orientar nesta jornada, muitas vezes também, abrindo mão de momentos importantes com sua família, para nos ver avançar em momentos de dificuldades que enfrentamos, compartilhando o melhor de seu conhecimento e experiência. Ao nos instigar a desenvolvermos nossas habilidades, nos impulsionar a romper nossos limites e vivenciar novos aprendizados, você se tornou uma pessoa que marcou nossas vidas, portanto, digna de nosso reconhecimento e louvor. Desejo todas as bênçãos de Deus sobre a vida da doutora Patrícia Sodrê Araújo, por todo processo de orientação, aprendizado, dedicação e por nos inspirar como pesquisadores.

Neste percurso, também tive a felicidade de conhecer uma pessoa ímpar, expoente da antropologia, dotada de uma sabedoria peculiar e que possui prazer em semear o conhecimento. Trata-se da doutora Fátima Tavares, a quem oferto minha sincera admiração, por todo carinho demonstrado até hoje. Como se fosse pouco tudo o que Deus fez por mim, nesse período, ainda fui galardoado, ao conhecer a doutora Camila Pierobon, outra pensadora fantástica, que muito contribuiu com a elaboração de minhas produções científicas.

Creio que o Senhor Jesus Cristo, Doutor dos doutores, recompensará a todos vocês que, direta ou indiretamente, participaram da concretização desta formação acadêmica e projeto de vida.

## RESUMO

A influência do campo religioso, nas práticas de saúde, se delinea a partir de uma fronteira porosa, cujas marcas e tensionamentos refletem inscrições e disputas por diferentes posições e práticas assistenciais. E mesmo com o distanciamento das explicações mágico-religiosas, em consequência do avanço científico e tecnológico, o vigor e a resistência da expressão religiosa das sociedades contemporâneas implicou na manutenção de sua força na determinação de condicionantes ético-valorativos ao processo de cuidado. Nesse sentido, esse trabalho investigou como a religião opera o pensamento e as referências que engendram o campo da saúde, em interlocução com o processo de cuidado. Como principal objetivo, almejamos compreender como as experiências religiosas/espirituais, vivenciadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, relacionam-se às práticas de cuidado, individuais e profissionais, bem como às percepções da saúde e da doença. Para o desenho metodológico, optamos por uma pesquisa de natureza qualitativa, elegendo a etnografia como paradigma da investigação. E, diante da sobreposição entre o cenário de pesquisa e de atuação profissional do pesquisador, a experiência etnográfica nos propiciou a transformação da vivência cotidiana em empiria, proporcionando reflexões e reconexões, entre as dimensões que interseccionam teoria e a vida. Tomando a observação participante como modo de trabalho, a utilizamos como uma disposição que buscou aprender com os interlocutores, mediante encontros e partilhas. Para o processo de análise dos dados, selecionamos a análise de discurso. Nossos principais referenciais teóricos foram compostos pelo pensamento de Asad, Das, Kleinman, Mol e Tavares. As cenas etnográficas apresentadas nessa pesquisa mostraram que, no contexto estudado, os interlocutores utilizaram práticas de cuidado biomédicas em conexão com aspectos de religiosidade/espiritualidade, diante de suas experiências de sofrimento e eventos do cotidiano. Outrossim, percebeu-se que eles se conectaram, a humanos e não humanos, reinventando práticas de cuidado e processos diagnósticos. Assim, foi possível identificar como as experiências religiosas/espirituais das pessoas podem contribuir para a produção e compreensão do processo de cuidado.

Palavras-chave: etnografia; religião; saúde mental.

## **ABSTRACT**

The influence of the religious field on health practices is delineated from a porous border, whose marks and tensions reflect inscriptions and disputes over different positions and care practices. And even with the distancing of magical-religious explanations, as a result of scientific and technological advances, the vigor and resistance of religious expression in contemporary societies has meant that its strength in determining ethical-valorative conditioning factors for the care process has been maintained. In this sense, this work investigated how religion operates the thinking and references that engender the field of health, in interlocution with the care process. Our main objective is to understand how the religious/spiritual experiences of users of a Psychosocial Care Center relate to individual and professional care practices, as well as perceptions of health and illness. For the methodological design, we opted for qualitative research, choosing ethnography as the research paradigm. Given the overlap between the research scenario and the researcher's professional work, the ethnographic experience allowed us to transform everyday experience into empiricism, providing reflections and reconnections between the dimensions that intersect theory and life. Taking participant observation as a way of working, we used it as an arrangement that sought to learn from the interlocutors, through encounters and sharing. For the data analysis process, we selected discourse analysis. Our main theoretical references were made up of Asad, Das, Kleinman, Mol and Tavares. The ethnographic scenes presented in this research showed that, in the context studied, the interlocutors used biomedical care practices in connection with aspects of religiosity/spirituality, in the face of their experiences of suffering and everyday events. In addition, they were able to connect with humans and non-humans, reinventing care practices and diagnostic processes. Thus, it was possible to identify how people's religious/spiritual experiences can contribute to the production and the understanding of the care process.

**Keywords:** religion; ethnography; mental health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEPISCO	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RC	Rodas de Conversa
R/E	Religiosidade/Espiritualidade
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Técnico de Referência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1	MOTIVAÇÕES, TRAJETÓRIAS E PRETENSÕES DO PESQUISADOR.....	12
1.2	O APAGAMENTO RELIGIOSO NAS EXPLICAÇÕES ACERCA DO ADOCER.....	15
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3</b>	<b>ESCOLHAS TEÓRICAS E CONCEITUAIS.....</b>	<b>19</b>
3.1	RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE.....	19
3.2	O SOFRIMENTO E SUAS EXPERIÊNCIAS.....	21
3.3	BIOGRAFIA DE UMA DOENÇA.....	23
3.4	AGENCIAMENTOS TERAPÊUTICOS E CUIDADO DE SAÚDE.....	26
3.5	OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	30
<b>4</b>	<b>DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>34</b>
4.1	DESENHO DA PESQUISA.....	34
4.2	AMBIENTE DE ESTUDO.....	35
4.3	DELINEAMENTO DO CORPUS E PROCESSO ANALÍTICO.....	37
<b>4.3.1</b>	<b>Plano de Análise.....</b>	<b>39</b>
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
<b>5</b>	<b>SITUAÇÕES ETNOGRÁFICAS PARTILHADAS PELOS INTERLOCUTORES.....</b>	<b>41</b>
5.1	JOTABÊ.....	43
5.2	ZULMIRA.....	50
5.3	GALEGO.....	55
5.4	SÔNIA.....	61
5.5	PATRÍCIA.....	66
5.6	ELISÂNGELA.....	72
<b>6</b>	<b>O CUIDADO, AS CONEXÕES RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS E O COTIDIANO.....</b>	<b>79</b>
6.1	IMPLICAÇÕES DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NOS FLUXOS DAS DOENÇAS E/OU TERAPÊUTICAS.....	79

6.2	RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NOS DESENHOS DAS TERAPÊUTICAS.....	83
6.3	RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NOS DESENHOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS.....	88
6.4	RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE COMO POSSIBILIDADE DE ARTICUL(AÇÕES) DE SAÚDE.....	90
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com usuários.....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com profissionais.....</b>	<b>104</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>105</b>
	<b>APÊNDICE D – Produto tecnológico.....</b>	<b>108</b>
	<b>APÊNDICE E – Plano de análise.....</b>	<b>115</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 MOTIVAÇÕES, TRAJETÓRIAS E PRETENSÕES DO PESQUISADOR

A intersecção entre religião e saúde é um aspecto significativo da minha trajetória pessoal e profissional, provavelmente, devido à minha formação em farmácia e teologia, além da minha criação familiar, como evangélico.

Assim, durante o meu exercício profissional, majoritariamente, desempenhado no Sistema Único de Saúde (SUS), quer seja no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em outras Unidades de Saúde, as narrativas que envolviam vivências religiosas/espirituais, em situações de adoecimento, me prendiam a atenção. E como, frequentemente, essa intersecção emergia em conversas informais, entre as pessoas acompanhadas e, até mesmo, entre estas e os profissionais de saúde, o meu interesse sobre esse campo se intensificava cada vez mais.

No entanto, embora relevante na vida das pessoas, notava que narrativas a respeito de aspectos religiosos/espirituais relativos às percepções de saúde e doença tornavam-se invisibilizadas ou pouco valorizadas pela maior parte dos profissionais de saúde dos contextos que tive contato. Tais profissionais, ao investirem seus saberes técnicos na operacionalização de práticas biomédicas de atenção aos problemas de saúde, não raramente, acabavam situando as narrativas das pessoas atendidas à margem dos elementos de interesse ao projeto terapêutico.

No cotidiano das minhas atividades profissionais, contudo, frequentemente, eu percebia que aspectos religiosos/espirituais atravessavam as práticas de cuidados, tanto de minha parte quanto dos usuários que atendia. Sempre busquei o respeito às escolhas individuais, independentemente das convicções religiosas/espirituais ou qualquer outra forma de manifestação do ser de cada pessoa. Desse modo, essa temática nunca esteve ausente da minha prática farmacêutica, principalmente, após participar de uma capacitação sobre “Cuidados Farmacêuticos no SUS”, promovida pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Farmácia, em 2018.

A dissonância entre o discurso das pessoas sobre o que elas faziam em seu cotidiano para o manejo dos problemas de saúde e as práticas empreendidas por nós, profissionais, a cada dia me despertava mais interesse. Isso porque eu não conseguia vislumbrar como os serviços de saúde poderiam se conformar para que as experiências religiosas/espirituais ou mesmo as descrenças das pessoas pudessem ser absorvidas, sem preconceitos, na composição das ações desenvolvidas. Havia em mim, talvez, a expectativa de que a

religiosidade/espiritualidade pudesse ser localizada, de forma integrada às tecnologias usuais de atenção à saúde, produzindo uma atmosfera saudável de construção efetiva do cuidado, ainda que permeado de tensionamentos e disputas características de uma zona que não é neutra.

A oportunidade que alcancei, de desenvolver uma pesquisa de Mestrado Profissional no CAPS, tendo a etnografia como paradigma antropológico, gerou um horizonte de possibilidades para o exercício de reflexões significativas acerca da interface entre religiosidade/espiritualidade e as práticas de cuidado. Assim, encontrei um caminho viável para a investigação das relações e entrelaçamentos que compõem a expressão da religiosidade/espiritualidade no cuidado de saúde.

De modo semelhante, foi possível analisar os elementos que caracterizam e atravessam o cuidado individual e profissional desenvolvido no âmbito do CAPS, tentando perseguir rastros de relações entre as práticas de cuidado e aspectos religiosos/espirituais das pessoas acompanhadas.

Ademais, a suspeição que eu carregava antes de me perceber como pesquisador, sobre as incongruências entre o discurso das pessoas acompanhadas nos serviços de saúde e as práticas profissionais, exigiu uma reconfiguração da minha própria atitude profissional. Assim, foi preciso um exercício constante, de reflexividade e distanciamento, a fim de minimizar os efeitos de meus anseios de situar os aspectos religiosos/espirituais em algum ponto do cuidado e outros vieses do meu olhar no campo.

Nesta investigação, não pretendemos encontrar confirmações ou mesmo reforçar aspectos que, frequentemente, tendem a ser considerados universais ou conceitualmente estabelecidos. Ousamos, do contrário, desenvolver suspeições que nos auxiliem a aprender com o desconhecido, com aquilo que se apresenta como estranho à nossa ótica de investigação. Nesse sentido, procuramos nos afastar de conhecimentos que sejam totalizantes ou deterministas, para situar nosso objeto de estudo como uma questão dinâmica, que não está pronta para ser descoberta, nem estática.

Nossa preocupação também não se fundamentou em comprovar hipóteses ou tecer generalizações relativas à nossa questão de pesquisa, mas, sim, apresentar do ponto de vista dos interlocutores como o cuidado em saúde é construído e as possíveis relações deste processo com fenômenos religiosos/espirituais. Temos claramente a noção do caráter específico, concernente ao contexto histórico e cultural do estudo realizado.

Em vista disso, este trabalho está organizado de forma a favorecer a compreensão do percurso que utilizamos para sua composição. Assim, no capítulo 1, apresentamos brevemente

as trajetórias do pesquisador até o desenvolvimento das investigações de campo. Neste mesmo capítulo, abordamos a paisagem que envolve a interface entre religião e saúde, tendo em vista os modos como a religião foi se constituindo e resistindo às pressões advindas do modelo biomédico de explicação do processo de cuidado. Apontamos trabalhos que vêm sendo realizados, nas últimas décadas, que demonstram o quanto o fenômeno religioso permanece potente na constituição da população brasileira e atravessa o cuidado de saúde.

No capítulo 2, elencamos os objetivos que perseguimos através da execução desse estudo, considerando a nossa questão de pesquisa e os propósitos que almejamos alcançar. O capítulo 3 envolveu a abordagem das escolhas teóricas que foram utilizadas em convergência ao caráter da pesquisa, metodologia e direcionamento que o próprio campo foi construindo ao longo do tempo, o que fez com que buscássemos ampliar nossos referenciais analíticos inicialmente elegidos. Adicionalmente, capítulo 4 abordou a descrição dos caminhos metodológicos que percorremos para a consecução de nossos objetivos.

No capítulo 5, relatamos como nos aproximamos de alguns dos interlocutores e apresentamos algumas situações etnográficas partilhadas pelas pessoas com as quais dialogamos, explicitando o ponto de vista de cada uma delas sobre a nossa questão de pesquisa e outros aspectos que faziam sentido para elas. Estes diálogos permitiram o aprendizado sobre as relações entre religiosidade/espiritualidade e as práticas de cuidado, em consonância com nossas escolhas teóricas. E contribuíram para que pudéssemos compreender melhor os modos como os interlocutores desta pesquisa tecem suas formas de cuidado, frente às adversidades da vida.

Na sequência, o capítulo 6 explorou as reflexões sobre conhecimento adquirido no decorrer desta pesquisa, sinalizando como compreendemos as relações investigadas, na ótica dos interlocutores e nossa também. Ainda nesta seção, apontamos possíveis caminhos que talvez possam contribuir para que os profissionais e serviços de saúde ampliem sua atenção, no sentido de valorizar a potencialidade que os aspectos religiosos/espirituais podem proporcionar às práticas de cuidado.

Por fim, o capítulo 7 tratou das impressões obtidas, pelo pesquisador, a partir da vivência etnográfica no CAPS que serviu de campo para esta pesquisa. Explicitou-se a importância da atenção aos entrelaçamentos existentes entre as experiências religiosas/espirituais e as práticas de cuidado, operacionalizadas pelos serviços de saúde, como possibilidade de constituição de um caminho exitoso, para a consecução de um processo de cuidado respeitoso e efetivo, em consonância às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

## 1.2 O APAGAMENTO RELIGIOSO NAS EXPLICAÇÕES ACERCA DO ADOECER

A influência do campo religioso, nas práticas de saúde, se delinea a partir de uma fronteira porosa, cujas marcas e tensionamentos refletem inscrições e disputas por diferentes posições acerca da saúde e suas práticas assistenciais. A legitimação social da racionalidade biomédica em relação à perspectiva mágico-religiosa, como eixo explicativo da saúde e da doença, parece ter colocado em posição de evidência o saber clínico e sua sistematicidade (Barros, 2002). Contudo, o vigor e a resistência das religiões nas sociedades contemporâneas implicaram na presença de condicionantes ético-valorativos ao processo de cuidado. Portanto, contrariamente às previsões do paradigma da secularização, a religião na contemporaneidade não se limita ao privado, mas mobiliza controvérsias públicas. Ademais, por se posicionar como mobilizadora de significados do sofrimento, ela pode ser considerada um objeto privilegiado, na interlocução com a saúde e os transtornos mentais (Murakami; Campos, 2012).

Para Weber (2016, p. 192), as grandes “religiões mundiais” constituem um conjunto de cinco religiões detentoras de grande expressão mundial, a saber: “a ética religiosa confuciana, hinduísta, budista, cristã, islamita [...]”. Este autor destaca, ainda, a contribuição histórica do judaísmo, como precursor do cristianismo e do islamismo, exercendo, até os dias atuais, forte influência econômica, política e cultural no mundo. No Brasil, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria da população declara alguma filiação religiosa, havendo a seguinte distribuição entre os grupos: 64,6% declaram-se católicos, 22,2% evangélicos, 2,0% espíritas, 0,3% umbandistas e candomblecistas, 8,0% sem religião, 2,7% outras religiosidades e 0,1% não sabe / não declarou (IBGE, 2012).

Esses dados sinalizam uma forte presença da religião entre os brasileiros, em uma rica diversidade. E de modo a primar pelo respeito e boa convivência, frente a essa pluralidade, a perspectiva laica se insere como condição necessária à acomodação dessas diferenças, de forma a evitar constrangimentos ou a imposição de valores e princípios (Rego; Palácios; Fortes, 2018).

Diniz (2013) considera que a laicidade é uma condição essencial à garantia de um sistema de governança plural e democrático e que as políticas públicas de saúde não devem ser fundamentadas em místicas religiosas. Entretanto, considerando a própria marca da diversidade, é preciso considerar a problemática que se distingue, entre a simples disposição desta pluralidade e a discussão de como esta age na realidade. Assim, é inegável que as

performances da religião, no campo sanitário, atuam tanto na esfera individual quanto coletiva, reverberando nas explicações e interpretações da vida social.

Consistindo em um dos aspectos da modernidade, o avanço científico e tecnológico acentuou ainda mais o distanciamento entre os modelos de saúde e a dimensão religiosa/espiritual. Com isso, percebe-se como o campo da formação profissional em saúde tende a refutar ou minimizar os efeitos da religiosidade/espiritualidade, enquanto elementos constitutivos do processo de cuidado em saúde e dos próprios modos de ser e de viver dos indivíduos.

A influência do secularismo, na biomedicina, remete aos séculos XVI e XVII, que representaram um período onde a filosofia mecanicista marcou profundamente as formas de compreensão do mundo, caracterizando-se por uma forte tendência à valorização do racionalismo, como método de explicação dos fenômenos da natureza em detrimento da interpretação religiosa. Nessa visão, o mundo dos “fatos” só poderia ser apreendido por um pensamento metódico e racional (Bonet, 1999).

Contudo, esse esforço de expurgar a religião, da explicação dos fenômenos sociais, pode ser considerado como um tipo de armadilha, que busca apenas polarizar referências, concentrando sentido, somente, no paradigma científico. Como afirma Asad (2021), o secularismo, enquanto doutrina, não pode ser reduzido a uma simples ausência da religião na vida pública moderna, uma vez que, tanto para Giumbelli (2008) quanto para Asad (2006, 2021) a presença da religião na sociedade relaciona-se com ou por causa da laicidade.

Ademais, pesquisas que tratam das inter-relações entre religiosidade/espiritualidade e as práticas de cuidado se desenvolvem em uma diversidade de serviços de saúde. No contexto dos CAPS, enfatiza-se o estudo das experiências de pessoas com problemas envolvendo a saúde mental e de profissionais de saúde, que se dedicam ao trabalho nesta área, como estratégia para a compreensão das dinâmicas que permeiam este âmbito (Binkowski; Rosa; Baubet, 2020; Kantorski *et al.*, 2022; Oliveira; Junges, 2012; Salimena *et al.*, 2016; Silva Filho *et al.*, 2022).

A psicologia destaca-se no interesse pela relação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde mental, quer seja através da investigação das implicações bio-psico-socio-espirituais na vida dos sujeitos (Oliveira; Junges, 2012) ou a respeito da transferência entre paciente e terapeuta, no espaço institucional de cuidado (Binkowski; Rosa; Baubet, 2020). A presença de elementos religiosos/espirituais, neste espaço, fornece pistas acerca da capilaridade de tais aspectos, nas relações e práticas assistenciais.

No que concerne às experiências profissionais, o trabalho de Silva Filho *et al.* (2022) explorou as lacunas formativas, existentes nas práticas de enfermeiras que atuam nos CAPS da Região Metropolitana do Cariri, Ceará, em relação à temática da religiosidade/espiritualidade. O estudo sinalizou uma formação acadêmica frágil quanto a esse aspecto, corroborando com os achados de outras pesquisas acerca deste campo (Kantorski *et al.*, 2022; Monteiro *et al.*, 2020; Murakami; Campos, 2012; Oliveira; Junges, 2012).

A identificação de tais estudos desenvolvidos no Brasil, nas duas últimas décadas, demonstra a necessidade de novas análises que contemplem investigações adicionais a respeito da intersecção entre as práticas de cuidado empreendidas pelas pessoas e os aspectos religiosos/espirituais que fazem parte de sua constituição, especialmente, a partir de uma perspectiva antropológica.

Desta sorte, para a investigação do presente trabalho, tomamos como pergunta norteadora: **Como as experiências religiosas/espirituais, vivenciadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, relacionam-se às percepções da saúde e doença e aos processos de cuidado em saúde, individuais e profissionais?**

Pretendemos problematizar os atravessamentos que constituem esta interface, mediante concepções que nos auxiliem a evidenciar as implicações da religiosidade/espiritualidade nas práticas de cuidado em saúde mental. Para tanto, buscamos perseguir o conhecimento de práticas cotidianas, sinalizadas pelos interlocutores, os quais, ativamente, nos permitiram aprender com suas histórias de vida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como as experiências religiosas/espirituais, vivenciadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, relacionam-se às percepções da saúde e doença e aos processos de cuidado em saúde, individuais e profissionais.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Como caminhos viáveis para o alcance do objetivo geral, elegemos os objetivos específicos descritos a seguir:

- a) Descrever experiências religiosas/espirituais envolvendo o processo de cuidado em saúde, relatadas por pessoas atendidas pelo CAPS;
- b) Evidenciar os principais elementos constituintes das narrativas das pessoas atendidas pelo CAPS, relativos à dimensão religiosa/espiritual, cujo conteúdo relacione-se ao processo de cuidado em saúde;
- c) Analisar como questões relacionadas à religiosidade/espiritualidade, das pessoas acompanhadas pelo CAPS, influenciam o processo de cuidado em saúde.

### 3 ESCOLHAS TEÓRICAS E CONCEITUAIS

#### 3.1 RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Observa-se que o estudo das relações entre aspectos do campo religioso e diferentes âmbitos da vida social permanece interessando a muitos pesquisadores, que evidenciam a diversidade de racionalidades dirigidas ao fenômeno religioso e suas implicações na constituição da sociedade (Asad, 2021; Diniz, 2013; Giumbelli, 2008; Rego; Palácios; Fortes, 2018).

E, se a modernidade delineou especificidades e limites à religião, além de opô-la ao saber científico e à ação autônoma (Giumbelli, 2011), é com o antropólogo Talal Asad que observamos um ponto de inflexão à visão moderna de religião. Em busca de uma definição histórica, Asad (2010) rompe com qualquer definição apriorística de religião, compreendendo que aquilo que compunha a forma, pré-condições e efeitos socialmente identificáveis, do que poderia ser considerado religião, tem divergido, sensivelmente, ao longo do tempo. Para ele, a religião não pode ser considerada um fenômeno dotado de essência própria e autonomia, que a habilite a ser identificável em qualquer circunstância (Montero, 2010). A religião é, propriamente, um elemento que participa de um contexto histórico particular - no interior do qual pode e deve ser estudado (Giumbelli, 2011).

A argumentação de Asad (2010), para sustentar a sua discordância em relação ao modo como a religião estava sendo caracterizada em alguns contextos, envolve a crítica à concepção de Geertz (1989) sobre este aspecto. Para Geertz (1989, p. 67 - 68 *apud* Asad, 2010, p. 265) os símbolos compreenderiam “[...] objeto, ato, acontecimento, qualidade ou relação que serve como vínculo a uma concepção [...]”. Seriam, assim, capazes de gerar determinadas disposições e motivações, além de serem percebidos como padrões culturais, sobre os quais operariam fontes extrínsecas de informação. Dessa forma, os símbolos atuariam externamente às condições sociais e ao caráter subjetivo, satisfazendo uma necessidade humana de promover uma ordem de existência.

Asad (2010) rejeita a ideia dos símbolos como meio para o alcance de significados e indução de disposições, bem como a visão de que fenômenos culturais estariam separados dos aspectos sociais e psicológicos. Provoca, também, uma reflexão crítica acerca da capacidade dos símbolos expressarem significados independentemente das concepções particulares adotadas pelos indivíduos, assim como ao modo pelo qual eles são legitimados.

O pensamento de Asad (2010) expõe, assim, que qualquer esforço em operacionalizar uma construção conceitual sobre religião deve estar vinculada a determinado contexto histórico, desvelado em um tempo e espaço específicos, não podendo representar um consenso universal. Aponta também a ação de interesses liberais, na delimitação conceitual da religião, de modo a manter essa categoria separada e distanciada dos aspectos políticos, científicos e do direito, destacada, portanto, das formas de poder.

Desse modo, Asad (2010) busca romper com a perspectiva totalizante da religião, para posicioná-la como uma questão situacional, histórica. São as condições de vida que a definem, ao contrário de uma ancoragem em símbolos, que produziriam significados transculturais (Montero, 2010). Destarte, é considerando que “[...] não pode haver uma definição universal de religião, não apenas porque seus elementos constituintes e suas relações são historicamente específicos, mas porque esta definição é ela mesma o produto histórico de processos discursivos” (Asad, 2010, p. 264) que assumimos a religião como eixo investigativo para a compreensão das práticas e percepções de saúde.

No entanto, alguns estudos têm relacionado a noção de “religiosidade” ao envolvimento do sujeito a sistemas doutrinários e institucionais e a “espiritualidade” à busca pelo sagrado ou transcendente, sem a intermediação de um sistema institucional religioso. Assim, a espiritualidade tem sido compreendida, em uma pluralidade de contextos, como um esforço da pessoa em se conectar a elementos de sua crença, através da utilização de recursos subjetivos, para concretização desse propósito, sem o pré-requisito de filiação a alguma religião (Catré *et al.*, 2016; Monteiro *et al.*, 2020).

Sarrazin Martínez (2021) acrescenta que a noção de espiritualidade tem sofrido modificações ao longo do tempo e permanece necessitando de aprofundamentos conceituais. Paralelamente, o autor aponta um enfraquecimento da hegemonia exercida por instituições religiosas tradicionais, sobre a vida dos indivíduos. Além disso, destaca que os aspectos da espiritualidade são alicerçados em experiências individuais, práticas pessoais e autônomas, podendo atuar como modo de expressão de fenômenos culturais na modernidade. Dessa forma, ele sugere que estudos etnográficos sejam desenvolvidos para identificar narrativas que apoiem a compreensão do sentido destes conceitos para os sujeitos sociais.

E, embora “religiosidade” e “espiritualidade” sejam conceitos, comumente, utilizados pelo senso comum e no meio acadêmico, de modo intercambiável, e, por vezes, indiferenciado, não devemos ter definições pré-concebidas, mas deixar emergir as compreensões de religião, religiosidade, espiritualidade, etc. dos interlocutores que buscamos dialogar.

Sendo assim, procuramos acessar as concepções de “religião” a partir das experiências/práticas cotidianas que as pessoas vivenciam em suas vidas. Desta forma, nossas investigações, ao invés de partirem das diferentes concepções de “religião” habitualmente reconhecidas pela sociedade ocidental, inicialmente se desenvolveram mediante noções empíricas de “religiosidade” e “espiritualidade”.

Contudo, conforme os objetivos e pretensões desta investigação, optamos por não partir de uma definição *a priori* nem de “religiosidade”, nem de “espiritualidade”. Ao tomá-los como um só constructo (religiosidade/espiritualidade) reforçamos o interesse dessa investigação em não se fixar como uma pesquisa sobre religião, religiosidade ou espiritualidade, mas, a partir dessas categorias, se ocupar dos processos históricos que elaboram signos e significados à experiência do adoecimento e seus cuidados.

Destacamos, assim, as formas particulares de acesso ao âmbito religioso, segundo as experiências/práticas narradas pelos interlocutores que participaram desta pesquisa, considerando o contexto do cuidado de saúde.

### 3.2 O SOFRIMENTO E SUAS EXPERIÊNCIAS

A antropologia médica ou, especificamente, o que Kleinman (1997) denominou de “antropologia da experiência”, tem se apresentado como um segmento do conhecimento dedicado ao estudo dos processos envolvendo a experiência do sofrimento. Dentre as possíveis situações relacionadas ao desencadeamento de sofrimento, podemos elencar catástrofes naturais, mortes, adoecimento, violências, ameaças à vida, conflitos, torturas, abandonos, traumas, perseguições religiosas, crises econômicas, sanitárias. Tais situações são de interesse tanto para a antropologia médica quanto aos estudos relativos à religião, por se tratar de objetos de análise de ambos os campos de conhecimento (Kleinman, 1997).

Para Kleinman (1997), o sofrimento é compreendido como um fenômeno social através do qual as conexões entre os aspectos médicos, políticos, fisiológicos, religiosos, morais, emocionais, estão em constante processo de modificação. E, sendo um processo social, o sofrimento envolve afetações transpessoais, relacionadas às situações de dor e miséria, que comunicam à coletividade as marcas de angústias, desespero e aflições. Assim, o sofrimento “[...] atua como modelo cultural, guia moral de e para a experiência [...]” (Kleinman, 1997, p. 321, tradução nossa), conformando o modo como as pessoas lidam com os impactos percebidos diante de adversidades. E no campo político e profissional, a percepção do sofrimento se relaciona ao modo pelo qual este é interpretado e categorizado.

Assim, prioridades e categorizações são atribuídas, seja para atendimento de finalidades burocráticas ou às intervenções assistenciais (Kleinman, 1997).

Este mesmo autor argumenta que a antropologia da experiência considera que a moral, a religião e a política podem ser expressas em termos de processos fisiológicos e patológicos, em que o corpo é local de inscrição da memória social. Nessa perspectiva, a experiência subjetiva pode, inclusive, se transpor do corpo físico ao social, não estando restrita às delimitações da matéria, porém, extravasando estas barreiras e ampliando as repercussões de eventos dolorosos.

Veena Das acrescenta que “[...] as experiências éticas não acontecem a um indivíduo isolado, mas a alguém que já está diante de uma rede de relações com humanos e não humanos” (Das, 2023a, p. 144), chamando atenção à necessidade de reflexões ampliadas sobre fenômenos analisados, através do conhecimento emergido no ordinário. Esse pressuposto pode favorecer percepções importantes, de circunstâncias, pouco valorizadas, nas quais o sofrimento se dispersa.

O sofrimento produz implicações nas mais diversas esferas da vida daqueles envolvidos por desventuras, e, de forma multilocalizada, envolve uma cadeia de problemas e situações que podem afetar a saúde, gerando adoecimentos. Desta feita, o rompimento de laços sociais pode associar-se a reações fisiológicas e comunicar respostas corporais diversas, em sistemas físicos e emocionais, totalmente imbricados, considerando uma relação compreensível e não fragmentada entre sofrimento e corpo. A experiência é, portanto, compreendida como algo inatamente moral, uma vez que, conforme o pensamento de Kleinman (1997), os elementos relacionais, que constituem a existência social, são notados nas esferas pessoais e são possíveis de ser captados no cotidiano, a partir de condições sensoriais, nas quais a etnografia pode atuar como um exitoso caminho de aprendizado e compreensão.

Neste mesmo trabalho, Kleinman (1997) destaca que muitas pessoas parecem considerar o sofrimento como algo que ninguém precisa sentir, devendo ser esquivado e respondido socialmente, com a utilização dos melhores recursos tecnológicos disponíveis. Assim, a partir deste prisma, os processos concernentes à biomedicina têm contribuído à desumanização do sofrimento, situando as experiências vividas pelos indivíduos nas mesmas categorias e protocolos de intervenção médica. Desvaloriza-se, desse modo, o caráter particular e específico de cada experiência vivida e fomenta-se a medicalização da vida (Rocha *et al.*, 2019).

Em “Aflição: saúde, doença, pobreza”, Das (2023a) adverte que a experiência não se apresenta de forma transparente ao olhar do investigador, que pretende se aproximar dos fenômenos que compõem o âmbito social, sendo constituída por opacidades que dificultam a sua visualização clara. Faz-se necessário o comprometimento com certas disposições, que permitam o afastamento de conclusões, apressadamente obtidas, a respeito dos fatos observados, para o alcance de uma compreensão mais profunda e fidedigna da realidade investigada. Nessa perspectiva, a experiência não está pronta para ser capturada, bem como não se apresenta isoladamente, mas, envolve narrativas, posturas e silenciamentos desenvolvidos em meio às relações do presente.

Portanto, acessar “tudo o que realmente importa” (Kleinman, 1997, p. 328, tradução nossa) requer que busquemos nos aproximar da percepção a respeito dos modos pelos quais o sofrimento participa da vida dos indivíduos. O desejo da pessoa, que vivencia o sofrimento, deve ser considerado no contexto das intervenções que os profissionais de saúde acreditam ser necessárias. Desta forma, talvez, seja possível produzir um cuidado dirigido ao sofrimento, de forma mais ética e respeitosa, mantendo viva a perspectiva subjetiva e pessoal da experiência do sofrimento humano.

### 3.3 BIOGRAFIA DE UMA DOENÇA

O adoecimento é um processo complexo, dinâmico e com múltiplas conexões, que se relacionam com a sua gênese e ao modo como é compreendido em determinada cultura ou sociedade. O desafio de se mergulhar no exame de um processo de adoecimento envolve o esforço de analisá-lo, a partir de determinadas lentes, que auxiliem a visualização, não somente, de suas características principais, mas de suas nuances e peculiaridades. Os desdobramentos que compõem o adoecimento não surgem, instantaneamente, na vida de uma pessoa, porém, são produzidos gradualmente, a partir dos eventos que ocorrem no cotidiano (Das, 2020).

Dentre os modelos assistenciais existentes no Brasil, o paradigma biomédico ainda é aquele que assume maior reconhecimento social e legitimidade estabelecida, embora apresente limitações na sua capacidade de explicação, compreensão e intervenção em determinados fenômenos que atingem a saúde das pessoas (Fertonani *et al.*, 2015). Sendo assim, a análise do adoecimento a partir da perspectiva exclusivamente biomédica impõe um tipo de lente de exame, que pode não ser capaz de revelar, profundamente, as características que implicam o processo de cuidado. Isso não significa que o modelo biomédico não possa

servir para o conhecimento e resolução de determinados problemas de saúde, nem que seja mais ou menos “superficial”, diante das diferentes percepções e experiências de sujeitos, corpos e sofrimentos. Expressa, porém, que outros caminhos de investigação também são importantes e podem conferir um conhecimento mais horizontal sobre o adoecimento.

Das (2023a, p. 107) nos apresenta uma possível saída para esta limitação presente na racionalidade biomédica, ao propor uma aproximação ao emaranhado de fatos ligados ao adoecimento, utilizando a perspectiva da “biografia de uma doença”. Através deste caminho, busca-se identificar as relações que constituem os eventos da trajetória de uma pessoa que possam estar associadas com o desencadeamento de rupturas, desequilíbrios ou perturbações no curso da sua vida. Neste prisma, o adoecimento não é visto de forma localizada ou pontuada em determinado momento histórico da vida de um indivíduo, recortado em classificações diagnósticas. Antes, é compreendido mediante um profundo conhecimento dos fios constituintes das relações sociais que tecem este processo, em distintos momentos da vida e que apontam para construção de perspectivas futuras, não se tratando, porém, de um simples registro de acontecimentos cronológicos.

A “biografia de uma doença” sinaliza para eventos que, ao afetarem a pessoa (bio, psico, sócio, econômica e espiritualmente), implicam na ocorrência de transformações corporais. Tais transformações delineiam como a pessoa lida com os problemas de saúde, gerados pela exposição às adversidades que atravessam a sua trajetória de vida, em uma situação relacional. No entanto, sabemos que o fato de um indivíduo experimentar, em sua vida, determinadas circunstâncias de sofrimento, não significa que, certamente, uma doença irá se instaurar em seu corpo. Essa emergência envolve não somente as agressões ao processo de desenvolvimento humano, mas, também, a amplitude de recursos de proteção aos eventos nocivos que incidem sobre a pessoa.

Das (2023a, p. 40) explicita que a “[...] singularidade das vidas pode ser vista como a união de múltiplas forças - política, econômica, afetiva, estética [...]”, constituindo-se elementos que agem, não mecanicamente, no processo de instauração do adoecimento. Esta ação de múltiplas forças pode interferir no adoecimento, em consonância com as “condições de possibilidade” (Das, 2023a, p. 107) presentes nas relações estabelecidas no cotidiano. Das (2020, 2023a) argumenta que, no curso de um adoecimento, a “singularidade das vidas” influencia o modo como as pessoas utilizam determinados recursos no enfrentamento das adversidades apresentadas. E essas “condições de possibilidades” englobam recursos que podem estar ao alcance das pessoas, como um arsenal, frente aos processos que geram o adoecimento. Depreende-se daí a observação de que um mesmo acontecimento, com potencial

deletério, possa gerar adoecimento em uma pessoa e em outra não, ou ainda, instalar-se em graus diferentes em cada um, pois, essas condições emergem como recursos que, ao serem incorporados pela pessoa, modificam a atmosfera do adoecimento.

Han (2014) também fornece uma importante concepção para a compreensão do desenvolvimento do adoecimento. Segundo esta autora, os “momentos críticos” podem ser entendidos como situações que envolvem a escassez de recursos básicos de sobrevivência, e onde os laços de solidariedade e amizade atuam como elementos auxiliares ao enfrentamento do sofrimento. Para Pierobon (2022b), esses “momentos críticos”, conceituados por Han (2014), envolvem situações difíceis, que distorcem a vida das pessoas e seus familiares e que extrapolam seus limites habituais. É por isso que, na visão de Das (2023a), a história da doença é tecida muitas vezes por fatos construídos nas relações de parentesco, a partir de tramas de apoio, dedicação, traições, conflitos e uma infinidade de fios delicados, que aproximam e afastam as pessoas que constituem essas relações, constituindo um campo fértil a partir do qual muitos processos de adoecimentos se desenvolvem.

Assim, o paradigma da “biografia de uma doença” nos auxilia a pensar o adoecimento para além da identificação de agentes patogênicos, fatores de risco e de proteção ligados ao desenvolvimento da doença. Desta forma, nos impulsiona a pensar sobre a vida, que no pensamento de Das (2023a, p. 142) “[...] não é simplesmente as relações que os humanos têm uns com os outros, mas também o modo como o não humano - animal, máquina, fantasma ou espírito - é, ou se torna parte, do meio social e cultural dentro do qual os seres humanos são unidos”. Compreender o adoecimento, situando-o como um fenômeno na e da vida, implica vinculá-lo, tanto individualmente quanto coletivamente, no sentido de conhecer os acontecimentos e conexões (com humanos e não humanos) que marcam a sua existência, fazendo emergir os significantes que possam estar ligados ao desenvolvimento de repercussões em sua saúde.

Pierobon (2022a) também nos incentiva a perceber que nosso olhar deve ser dirigido, não a um adoecimento específico, mas, a “[...] como diversos adoecimentos estão presentes em um mesmo corpo [...]” (Pierobon, 2022a, p. 14), mobilizando demandas diferenciadas e complexas redes de cuidados. Em seu trabalho, acompanhando a vida de sua interlocutora, Leonor, Pierobon (2022a) nos instiga a expandir o foco das abordagens terapêuticas, não as limitando às impressões apresentadas superficialmente, mas, buscando conhecer, em profundidade, as conexões que as relacionam aos processos de adoecimentos. Ademais, os adoecimentos sobrepostos em um mesmo corpo desenham uma configuração peculiar aos

“atos de cuidado” (Kleinman, 2015, p. 240, tradução nossa) e transbordam seus efeitos para outras esferas institucionais.

Dito desta forma, a abordagem do adoecer a partir da perspectiva da “biografia de uma doença” pode parecer um processo simples, entretanto, Das (2020) esclarece que o reconhecimento do outro tem como pré-requisito o exercício contínuo da atenção aos eventos ordinários que envolvem as relações. Isso demanda a disposição de perceber, através da mediação do tempo, as peculiaridades, pacientemente acessadas nos encontros com o outro e consigo próprio. Um exercício que exige o “habitar com”, que expressa um modo adequado de conexão ao mundo das pessoas com quem conversamos, e que pode favorecer uma compreensão mais profunda sobre a vida (Das, 2007, 2023a).

Esta linha de pensamento prevê uma diretriz teórico-metodológica que orienta um modo de aprendizado com o outro, e que nos permite acessar os detalhes contidos em pequenos acontecimentos do cotidiano, os quais são, muitas vezes, negligenciados em meio às exigências que se interpõem nesse fluxo de ocorrências. Deste modo, um exame profundo das circunstâncias ligadas à gênese e desdobramentos de adoecimentos pode ser alcançado, se formos capazes de acompanhar os rumos desse processo em curso.

#### 3.4 AGENCIAMENTOS TERAPÊUTICOS E CUIDADO DE SAÚDE

Annemarie Mol, em seu livro *“The logic of care: health and problem of patient choice”* aborda a questão do cuidado, traçando paralelos com as “escolhas” que os pacientes são submetidos a optar, ao buscarem o atendimento de profissionais, com o intuito de resolver determinado problema de saúde. Partindo da análise sobre as “escolhas” dos pacientes, Mol (2008) aponta algumas consequências geralmente produzidas pela operacionalização das práticas fundamentadas na “lógica da escolha”.

Problematizando que a maioria das pessoas que buscam atendimento de suas demandas de saúde não dispõe de condições apropriadas para “escolher” dentre opções de tratamentos que lhes são apresentadas, a autora expõe a necessidade de construir outro modo de cuidar. Pautando-se no que denomina de “lógica do cuidado”, em detrimento da “lógica da escolha”, Mol (2008) nos ensina que o cuidado não é rigidamente estabelecido, estanque, acabado. Do contrário, consiste em um processo de engajamento em que as pessoas transformam, cotidianamente, as práticas que acreditam ser úteis ao manejo dos problemas que lhes afetam.

No ideal da “lógica da escolha”, a pessoa é vista como objeto de intervenção que deve, passivamente, seguir as orientações do profissional de saúde que a atende, o qual é visto como detentor de saberes inequívocos sobre o problema que motivou buscá-lo. Neste ideal, as possíveis “escolhas” que a pessoa poderia fazer sobre si e as práticas de intervenção sobre sua saúde são desvalorizadas e colocadas em segundo plano. Este contexto apresenta um processo decisório que envolve um desequilíbrio de forças, frequentemente operacionalizadas dentro das paredes do consultório especializado, sem se restringir a estes espaços.

O foco da análise de Mol (2008) não está na capacidade de executarmos uma boa escolha, mas, principalmente, sobre o que as pessoas fazem na prática, em seu cuidado. Sua abordagem destaca que em relação às práticas de cuidado as pessoas não são nada passivas, agem construindo estratégias para melhorar sua saúde. A “lógica do cuidado”, ao invés de valorizar nossas escolhas, se interessa pelas ações que executamos no processo de cuidado e por sua coerência.

Concordando com o ponto de vista de Mol (2008), Tavares (2017, p. 219), afirma que “o usuário interfere tanto quanto todos os demais profissionais de saúde nos processos de cuidado”, logo, este não deve ser um simples objeto de intervenções técnicas ou “alvo” das ações dos serviços de saúde. A autora propõe que a abordagem dos serviços de saúde deveria ter seu eixo modificado, do “usuário-centrado” à “situação-centrada”, diversificando as possibilidades de compreensão e intervenção através das práticas de cuidado instituídas.

No exercício intelectual sobre o cuidado, Mol (2008) não busca coletar etnograficamente modelos adequados de cuidado, porém pretende desenvolver habilidades que permitam o aprendizado e inspirem teorias, sem desejar obter conclusões universalmente aplicáveis. Partindo do aprendizado proveniente de conversas e observações das práticas de pessoas vivendo com diabetes e dos profissionais que as acompanham, Mol (2008) produziu algumas considerações e distinções a respeito da “lógica do cuidado” e a “lógica da escolha”.

Uma destas diz respeito à percepção sobre doença, que na “lógica da escolha” é compreendida como evento excepcional, enquanto na “lógica do cuidado” é algo que compõe o curso natural da trajetória de vida. Ademais, a preocupação primordial da “lógica da escolha” consiste em comunicar ao mercado os novos produtos disponíveis aos consumidores, contrastando com o interesse da “lógica do cuidado”, em perseguir o processo utilizado pela pessoa para se cuidar, ainda que este envolva o uso de tecnologias inovadoras. O cuidado tem patente a compreensão de que os corpos apresentam fragilidades e potencialidades, independentemente das limitações geradas pela doença.

Outrossim, profissionais que atuam segundo a premissa da “lógica da escolha” costumam executar suas atividades, utilizando prioritariamente instrumentos que servem para apresentar fatos concretos e definidos, obtidos através de avaliações objetivas. De outro modo, Mol (2008) defende o seu ponto de vista de que o cuidado engloba uma construção processual, executada a várias mãos, que atuam juntas para a obtenção de resultados alcançados pelo esforço de duas vias de interação, persistentemente mantidas.

Esta autora nos ensina também que nas boas práticas de cuidado a possibilidade de insucesso das ações realizadas ou planejadas não é escondida na relação entre profissional e pessoa acompanhada, mas explicitada como fato passível de ocorrer no processo de acompanhamento. Assim, o cuidado não se preocupa prioritariamente com o controle obsessivo das metas terapêuticas, mas, sim, em alcançar os melhores resultados que o estado de saúde da pessoa pode prover. É nesse sentido que Kleinman (2015) toma o cuidado como um processo relacional que para ser efetivamente operacionalizado deve abranger práticas fundamentadas na empatia, respeito e amor, onde tanto quem cuida quanto quem oferta o cuidado são beneficiados, reciprocamente, ao se disporem numa relação de confiança e engajamento.

Em seu trabalho, Tavares (2017) destaca a necessidade de revisar os conceitos que orientam a antropologia da saúde, alertando que a investigação das mediações envolvendo experimentações terapêuticas não deve se ancorar em modelos dicotômicos e classificações imediatistas. Segundo ela, esse tipo de postura incorre no risco de produzir análises incoerentes, ao tomar as categorias corpo, sujeito e experiência como conceitos “já dados”.

Tavares (2017, p. 202) propõe, então, o conceito de agenciamento terapêutico “[...] como abordagem alternativa às discussões sobre itinerários e experiência terapêuticos”, expondo que, a partir do descentramento do sujeito, nos processos que desdobram em “escolhas” terapêuticas, é possível perceber, mais claramente, outros mediadores presentes nas “relações que fazem fazer” (Tavares, 2017, p. 201). Acrescenta ainda que a investigação a respeito dos processos de cura requer cuidados que assegurem a preservação das diferenças conceituais, tendo em mente as importantes dimensões subjetivas e/ou intersubjetivas inerentes a este âmbito. Outrossim, pontua que a noção de agenciamentos terapêuticos reconhece a possibilidade de incertezas e instabilidades, por ampliar as observações com a inclusão reflexiva dos aspectos sociais envolvidos no cuidado.

Zourabichvili (2004, p. 9) explicita a noção de agenciamento:

Dir-se-á, portanto, numa primeira aproximação, que se está em presença de um agenciamento todas as vezes em que pudermos identificar e descrever o acoplamento de um conjunto de relações materiais e de um regime de signos

correspondente. Todo agenciamento, uma vez que remete em última instância ao campo de desejo sobre o qual se constitui, é afetado por um certo desequilíbrio.

Portanto, a noção de agenciamento envolve conexões de termos diferentes a partir de determinadas conveniências, gerando heterogeneidades e multiplicidades, numa produção de desejo.

Inspirada no pensamento deleuziano, Tavares (2017) sugere a utilização da noção de agenciamentos terapêuticos como caminho possível para a compreensão dos fenômenos imbricados com o cuidado em saúde, considerando suas potencialidades analíticas advindas das percepções concernentes às associações rizomáticas, expressas nas relações existentes e nos fluxos de desterritorialização/reterritorialização. Contrariando a proeminência de quaisquer dualidades e incorporando a concepção de movimentos molares e moleculares, o agenciamento contribui para o reconhecimento de diversos mediadores (humanos e não humanos) envolvidos no cuidado (Tavares, 2017).

Por isso, a abordagem de Bonet e Tavares (2007) propõe um olhar às práticas de cuidado como processo de criação. Para os autores, os processos de cura mobilizados nos contextos urbanos contemporâneos estão implicados em diferentes redes, que mobilizam distintos modos de gerenciamento da ação, e que envolvem uma multiplicidade de atuantes, “[...] reconhecidos em sua ontologia ou relegados ao território ilusório da crença” (Bonet; Tavares, 2007, p. 265). Estes autores acrescentam que a proposição de investigações relativas às práticas de cuidado abrange “[...] estar atento à possibilidade de reconsiderar a qualquer momento os nossos limites conceituais, não apenas do que deve ser compreendido como ‘saúde’ e ‘doença’, mas também como ‘cura’, ‘técnica’ [...], ‘milagre’, ‘sofrimento’, ‘esperança’, dentre outras [...]” (Bonet; Tavares, 2007, p. 266).

Os processos de cura não devem ser explorados, portanto, a partir da premissa de busca por significados que sirvam de explicação aos fenômenos investigados. O interesse maior do pesquisador não consiste em produzir verdades absolutas e universais, mas, aproximar-se das experiências sociais, tentando enxergar, no exercício de aprendizagem, elementos particulares das relações de cuidado, observando-os em suspeição. Assumindo esta postura, que não se preocupa em explicar fatos, baseando-se na crença ou não em determinado processo de cura, aprendemos com a “[...] forma própria de habitar o mundo” dos interlocutores (Pierobon, 2018, p. 55).

Assim, os serviços de saúde podem ser percebidos como espaços compostos por redes intersticiais de cuidado, onde os movimentos de territorialização e desterritorialização atuam no cotidiano das práticas de cuidado produzidas por diversos atores sociais. Para Tavares

(2017, p. 217), “a visibilização do trabalho das redes intersticiais operada pelo conceito de agenciamento terapêutico nos possibilita entender a prática dos profissionais de saúde em novos termos”, os quais não se baseiam nas dualidades “corpo-mente, subjetivo-objetivo, indivíduo-sociedade” ou outras semelhantes a essas (Tavares, 2017, p. 208). Associam-se, rizomaticamente, a diversos mediadores que, embora não oficialmente reconhecidos nas práticas de cuidado, operacionalizadas nos estabelecimentos de saúde, não podem ter seus efeitos negligenciados sobre a vida das pessoas.

Amplia-se, portanto, a ideia relativa à produção do cuidado, para além do caráter técnico-científico, incluindo outras formas, muitas vezes despercebidas, por se desenvolverem fora dos tradicionais consultórios de profissionais de saúde, espaços de práticas legitimadas socialmente no modelo hegemônico, mas que efetivamente modificam os rumos das práticas tradicionalmente (pré)estabelecidas.

Nesse sentido, na perspectiva dos agenciamentos terapêuticos-religiosos, a adesão a diferentes cosmologias influencia os circuitos de cura (Tavares, 2017). E esse seria um processo de escolha, que interessa às pessoas convertidas a determinado referencial religioso e assinala que, a investigação dos processos terapêuticos, deve perseguir os elementos inerentes a diferentes contextos:

Na medida em que os modelos explicativos fundamentam-se na busca de significados, considerando-os como subjacentes à experiência social, esses modelos não podem captar de forma adequada as elaborações de sentido que são processados, sempre marcados pela intencionalidade, circunstancialidade e dialogia (Tavares, 2017, p. 213).

Ainda segundo Tavares (2013, p. 261-262), as “[...] experiências religiosas que mobilizam ‘agenciamentos eficazes’ não envolvem representações sobre coisas (eficácia simbólica), mas transformações corporais importantes”, produzidas a partir das relações de conveniência com mediadores diversos, que são acessados pelas pessoas em inúmeras situações.

### 3.5 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A partir de um longo processo de lutas em defesa do direito a condições dignas de atenção à saúde mental, exercido por diversos movimentos sociais, durante as décadas de 70 a 90, do Século XX, a Reforma Psiquiátrica Brasileira conseguiu imprimir importantes avanços. Destacamos as articulações políticas que culminaram na promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais. Ao redirecionar o modelo de atenção em saúde mental, essa lei estabeleceu as responsabilidades do Estado voltadas à política, assistência e promoção de ações de saúde neste âmbito. Ademais, de modo a viabilizar as condições favoráveis para sua efetiva consolidação, a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, norteou as modalidades, organização e funcionamento dos CAPS (Brasil, 2001, 2002).

Essa luta pela reorientação do modelo de atenção buscou se contrapor ao modelo hospitalocêntrico em vigência para um paradigma assistencial, orientado pela reabilitação psicossocial. Por conseguinte, os serviços de saúde tiveram que readequar seu desenho assistencial em consonância aos direitos das pessoas com transtornos mentais, conquistados no processo, em curso, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e de consolidação do próprio SUS.

Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3088/2011) e alterada pela Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, diz respeito a um “conjunto de diferentes serviços e ações disponíveis nos territórios que, articulados, formam uma rede plural e integrada”<sup>1</sup> (Brasil, 2022, p. 10), com a finalidade de responder às necessidades de saúde de indivíduos com transtornos mentais e/ou problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Essa normativa reposicionou os CAPS como dispositivos essenciais à execução de ações no campo da saúde mental em conjunto com outros pontos da rede, organizados em distintas modalidades<sup>2</sup>, de forma a prover o cuidado em especificidade. Reforça-se, assim, a provisão de um cuidado especializado para o campo da saúde mental, orientado a partir de um

---

<sup>1</sup> Essa rede plural e integrada se constitui pela: Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.

<sup>2</sup> Conforme a Portaria 3088/2011 e a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3/2017, o CAPS é um serviço constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Podem funcionar em horário administrativo (das 08:00 às 18:00 h) de segunda a sexta-feira (CAPS I, CAPS II, CAPS AD e CAPS i) ou 24 horas, todos os dias da semana (CAPS III e CAPS AD III). CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias, estando indicado para municípios ou regiões de saúde com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II atende ao mesmo público alvo do CAPS I, sendo indicado para municípios ou regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III: Proporciona serviços de atenção contínua, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 200.000 habitantes; CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 habitantes; CAPS AD III: Proporciona serviços de atenção contínua, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população entre 150.000 e 300.000 habitantes; CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com cerca de 200.000 habitantes.

modelo de atenção multiprofissional, interdisciplinar e de base territorial (Brasil, 2013a, 2017, 2022, 2023).

Profissionais de diversas categorias, tais como enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, musicoterapeutas, artistas plásticos, técnicos de enfermagem, psiquiatras, acupunturistas, técnicos administrativos, assistentes sociais, sociólogos, motoristas, auxiliares de serviços gerais, oficineiros, nutricionistas, professores de educação física, pedagogos, atuam nos CAPS, desenvolvendo práticas de cuidado voltadas à integralidade da saúde e acolhendo as demandas dos usuários que procuram apoio, espontaneamente ou referenciados por outros serviços, em situações de sofrimento psíquico.

As equipes mínimas que devem compor os CAPS, em suas diversas modalidades, são estabelecidas nas Portarias que tratam do funcionamento destes dispositivos, entretanto, algumas categorias essenciais para a composição da equipe multiprofissional e execução do trabalho interdisciplinar não são relacionadas diretamente em nenhuma das modalidades (Brasil, 2013a, 2017). Um exemplo deste fato ocorre com os farmacêuticos que, a despeito da expressiva indicação de medidas farmacológicas, como tecnologias indicadas para a maioria das pessoas atendidas nos CAPS do Brasil, não estão listados na equipe mínima. Esta constatação aponta para a necessidade de ampliação das categorias profissionais definidas, claramente, nos instrumentos legais, assegurando o direito dos usuários ao acesso às melhores condições de cuidado e a serviços qualificados, conforme a legislação sanitária.

O acompanhamento dos usuários nos CAPS se desenvolve a partir da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), definido pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (Brasil, 2007a, p. 40). Através deste instrumento, o Técnico de Referência (TR) elabora, juntamente com o usuário e sua família, diferentes estratégias de cuidado, visando a reabilitação psicossocial.

As ações desenvolvidas pelos CAPS são efetivadas de forma articulada com demais níveis de atenção à saúde, tendo a Atenção Primária uma função primordial, como ordenadora da rede e coordenadora do processo de cuidado, a partir de ações estratégicas. O escopo dessas ações envolve a prevenção do adoecimento psíquico, a identificação precoce de pessoas com sintomas relacionados a problemas mentais, o encaminhamento de casos aos demais pontos de atenção, manutenção do acompanhamento de quadros estabilizados, bem como a corresponsabilização de problemas de saúde das pessoas atendidas no CAPS, visando a integralidade da assistência e o apoio às situações de crise (Brasil, 2013a, 2013c).

Enquanto serviços especializados, os CAPS atuam também no apoio matricial, favorecendo a efetivação do cuidado da saúde mental nos diversos níveis de atenção e serviços em que as pessoas transitam. Esse processo envolve a elaboração conjunta de estratégias de intervenção, fundamentadas na discussão de casos clínicos e construção de projetos terapêuticos que atendam as necessidades de saúde das pessoas em sofrimento mental (Chiaverini, 2011; Iglesias; Avelar, 2019).

Considerando o seu caráter territorial, os CAPS participam de ações intersetoriais envolvendo questões ligadas à saúde mental, tais como o Programa Saúde na Escola, (Brasil, 2007b) e busca promover o cuidado em dispositivos presentes no território de sua abrangência, como praças, associações, centros de convivência, instituições religiosas, centros culturais, dentre outros, rompendo os limites dos seus muros institucionais.

Como modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos, os CAPS seguem a premissa do cuidado em liberdade, respeitando a singularidade das pessoas e contrapondo-se às práticas manicomiais. Assim, contando com uma equipe multiprofissional, este dispositivo de atenção busca manter o convívio da pessoa em seu território, próximo de sua família ou das pessoas com as quais tenha vínculo e se sinta segura. Evita-se, portanto, o encaminhamento a internamento em hospitais psiquiátricos como recurso imediato, salvo situações específicas, em municípios que não disponham de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (Medeiros; Moreira, 2022).

Desta forma privilegia-se o manejo de situações de crises psiquiátricas no âmbito dos próprios CAPS, acionando o apoio dos serviços de urgência e emergência, bem como o encaminhamento de pessoas, quando necessário, ao CAPS III para acolhimento noturno, como parte do processo de intensificação de cuidados. Assim, através de avaliação multiprofissional e diária das situações apresentadas, promove-se um ambiente propício para o cuidado a partir de “tecnologias leves” (Merhy; Franco, 2003).

Sendo assim, o desenho assistencial promovido pelo CAPS é fruto de intenso envolvimento social de diversos atores, ao primar pelo cuidado em liberdade e respeito à autonomia, bem como pela defesa do direito, inerente a cada pessoa, de ocupar os diversos espaços sociais, sem preconceitos ou discriminações. Tudo isso, contribui para que este espaço se constitua como um importante dispositivo, integrado a outros pontos da rede, capaz de modificar, positivamente, a saúde da população e promover um cuidado digno às pessoas, à sua família e à comunidade.

## 4 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

### 4.1 DESENHO DA PESQUISA

Considerando o caráter qualitativo desta pesquisa e seus objetivos, utilizamos a etnografia como paradigma da investigação dos fenômenos que buscamos observar. Para Uriarte (2012), este modo de conhecer e se reconhecer, nos encontros com as pessoas, permite que o pesquisador mergulhe no campo de estudo, favorecendo a compreensão dos fatos que, naturalmente, compõem a realidade social em que se debruça. A autora destaca três fases do “mergulho” etnográfico, como um caminho possível e necessário para o êxito da compreensão dos fenômenos observados a partir da etnografia:

A primeira delas é um mergulho na teoria, informações e interpretações já feitas sobre a temática e a população específica que pretendemos estudar. A segunda fase consiste num longo tempo vivendo entre os “nativos” (rurais, urbanos, modernos ou tradicionais); esta fase se conhece como “trabalho de campo”. A terceira fase consiste na escrita, que se faz de volta para a casa (Uriarte, 2012, p. 5).

No caso específico deste estudo, o pesquisador já estava imerso no campo, uma vez que o ambiente de pesquisa é também o local de desenvolvimento de sua prática profissional. Desta feita, os encontros e a convivência com as pessoas já faziam parte de sua experiência cotidiana. No entanto, a propósito da etnografia, essa vivência profissional foi transformada em empiria, o que exigiu um processo de ressignificações, estranhamentos e aprendizagens que conduziu a reflexões e reconexões a dimensões que interseccionam teoria e a vida (Peirano, 2014).

Essa sobreposição entre o campo científico e o profissional nos permitiu “observar a partir de dentro”, que para Ingold (2016) significa tanto ver, quanto ouvir e sentir o que acontece em nosso entorno. Assim, o trabalho de campo também tomado enquanto atributo profissional nos autorizou a, cotidianamente, perceber o que acontece em nosso cenário de estudo. E, guiados pela experiência etnográfica, nos foi concedido experimentar novas dimensões sensíveis, participando e vivenciando “[...] a partir de dentro da corrente de atividades através da qual a vida transcorre, concomitante e conjuntamente com as pessoas e coisas que capturam a atenção que se dispensa a elas” (Ingold, 2016, p. 407). Ademais, notamos que essa transformação alterou não apenas os modos de compreensão dos fenômenos, mas o nosso próprio ofício: de posturas responsivas ou reativas a uma (con)vivência atencional (Ingold, 2016).

A partir desse plano, orientados pela rede de relações que conecta a dimensão religiosa/espiritual às práticas de cuidado e à percepção de saúde e doença, adotamos como “maneira de trabalhar” (Ingold, 2016, p. 409) a observação participante. Contudo, guiados pela perspectiva ingoldiana, imprimimos à observação o compromisso de “[...] atender as pessoas e coisas, aprender com elas, e acompanhá-las em princípio e prática” (Ingold, 2016, p. 407).

Nessa perspectiva, Ingold defende que a observação participante não é “[...] uma técnica à paisana para coleta de informações das pessoas [...]” (Ingold, 2016, p. 407), mas uma posição que busca aprender com elas, mediante encontros e partilhas de experiências de vida, bem como “[...] contemplação, em ato e palavra, [...]” (Ingold, 2016, p. 407).

## 4.2 AMBIENTE DE ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma cidade do estado da Bahia, pertencente à Região Metropolitana de Salvador (RMS). Com uma estimativa populacional para o ano de 2024 de mais de 300.000 habitantes (IBGE, 2024), o desenho organizacional do seu setor da saúde<sup>3</sup> é formado por 02 Distritos Sanitários que são constituídos, dentre outros serviços, por 38 Unidades de Saúde da Família (USF), 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 02 policlínicas de especialidades médicas, 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 47 Farmácias, sendo 01 Farmácia com funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deste município inclui 04 CAPS, além de outros dispositivos (que compõem a Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências): 01 CAPS III, 01 CAPS AD, 01 CAPS II e 01 CAPS ia, bem como 03 ambulatórios de saúde mental.

O CAPS II que serviu como cenário de pesquisa possui uma média de 2100 usuários matriculados e funciona em horário administrativo (das 08h às 17h). Os atendimentos ocorrem por demanda espontânea ou referenciada, por meio de acolhimento ofertado regularmente, de segunda a sexta-feira, em ambos os turnos (matutino e vespertino), exceto na terça-feira, à tarde, quando o serviço está organizado para reunião técnica. Com um conjunto profissional ampliado, há uma diversidade de categorias profissionais, dentre elas: enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, educação física, musicoterapia, farmácia,

---

<sup>3</sup> Informações contidas no 2º Relatório de Gestão Quadrimestral da Secretaria de Saúde do município, referente ao ano de 2022.

medicina, serviço social, acupuntura e artes plásticas, além de pessoal administrativo, serviços gerais e vigilância patrimonial. Dentre os serviços ofertados, os de maior demanda são: psicologia, psiquiatria, enfermagem e cuidado farmacêutico (que inclui consultas farmacêuticas e dispensação de medicamentos). No entanto, todas as categorias profissionais que atuam no CAPS realizam atendimentos fundamentais para a produção de um efetivo cuidado em saúde, contribuindo para a reabilitação psicossocial dos sujeitos em acompanhamento. Pode-se afirmar, com convicção, que a clínica do CAPS é produzida por muitas mãos, distintos saberes e intensa escuta.

Na mesma estrutura física do CAPS II, funciona também um ambulatório de saúde mental, que atende pessoas sem perfil de gravidade<sup>4</sup> para acompanhamento no CAPS. E, em ambos os serviços, a maior parte das pessoas atendidas é proveniente da própria base territorial de seu Distrito Sanitário. Entretanto, neste caso estudado, as pessoas matriculadas no ambulatório de saúde mental eram atendidas apenas por psiquiatra, psicóloga e farmacêutico, sem o acompanhamento de um Técnico de Referência (TR). Tais pessoas poderiam participar somente das atividades ofertadas pelo CAPS que fossem abertas a toda à comunidade e não tinham acesso a recursos específicos promovidos pelo CAPS, como as visitas domiciliares.

A pessoa que busca o CAPS tem acesso às atividades ofertadas conforme o Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado em conjunto com o TR que a acompanha. São exemplos de atividades ofertadas pelo CAPS II em que esta pesquisa foi realizada: oficinas e grupos terapêuticos, acolhimento diurno, atendimentos de núcleo, matriciamento, intensificação de cuidados, visitas domiciliares, atenção às situações de crise, dispensação<sup>5</sup> e administração de medicamentos.

---

<sup>4</sup> Para o município estudado, são consideradas pessoas sem perfil de gravidade para manutenção do acompanhamento no CAPS aquelas cujos problemas de saúde mental, inicialmente avaliados como graves, tenham sido devidamente manejados, resolvidos ou estabilizados, a partir das intervenções da equipe multiprofissional do CAPS, tendo apresentado melhora significativa e sustentada. Assim, após terem restabelecidas as condições para execução das atividades da sua vida de maneira autônoma, devem ser acompanhados por profissionais do ambulatório de saúde mental ou da Atenção Primária para continuidade do tratamento até a remissão dos sintomas relacionados ao sofrimento mental. Também são incluídos nessa categoria as pessoas com transtornos mentais leves ou moderados e aquelas com problemas de saúde mental crônicos, estabilizados, que não utilizem regularmente os recursos ofertados pelo CAPS.

<sup>5</sup> Segundo a Resolução n° 357/2001, do Conselho Federal de Farmácia, a dispensação é definida como “ato do farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” (CFF, 2001). Durante o processo de dispensação de medicamentos, o profissional farmacêutico, a partir da interação com diversos agentes envolvidos no cuidado em saúde, compartilha informações terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas), buscando a efetividade dos cuidados necessários à prevenção, identificação, avaliação e resolução dos problemas de saúde das pessoas que buscam suas orientações técnicas.

#### 4.3 DELINEAMENTO DO *CORPUS* E PROCESSO ANALÍTICO

A fim de atender aos objetivos desta pesquisa, procuramos delimitar os sujeitos e as formas de acesso às experiências religiosas/espirituais que emergiram na interlocução com as pessoas do CAPS pesquisado, local em que comecei a trabalhar em 2020. Desse modo, selecionamos como interlocutores privilegiados as pessoas atendidas e profissionais atuantes no ambiente de estudo, cujas narrativas se relacionam à religiosidade/espiritualidade, em acordo com a nossa plataforma de interesse. A média mensal de pessoas atendidas durante a dispensação de medicamentos realizada no CAPS, em 2023, foi de aproximadamente 330 pessoas (variando entre 256 a 425 pessoas). Dentre estas pessoas, observei a emergência de elementos do âmbito religioso/espiritual nas performances apresentadas por cerca de 40 pessoas, cujas interações e impressões obtidas foram registradas no diário de campo.

O processo de observação participante contemplou desde a escuta atenta dos relatos entre pessoas atendidas, bem como destas com os profissionais de saúde, emergidas principalmente na área da recepção e varanda do CAPS, até os diálogos que desenvolvi durante o processo de dispensação ou em minha circulação pelos espaços do serviço, onde as interações e aprendizados fluíam intensamente.

Fui afetado por músicas, histórias de vida, profecias, objetos pessoais, indumentárias, declarações de fé e muitos relatos de experiências vividas em interface ao cuidado em saúde. É difícil precisar quando exatamente me percebi como pesquisador, mas creio que dois eventos foram fundamentais: a leitura de Ingold (2016) e a disciplina “Instrumentos de Produção de Dados para Pesquisa em Saúde”, ofertada no MEPISCO.

Foram convidadas a participar desta pesquisa, pessoas adultas atendidas no CAPS, incluindo as matriculadas no ambulatório de saúde mental, vinculado a essa mesma unidade de saúde. Nosso principal recorte para inclusão dos participantes foi a percepção de que, no processo de observação participante, foram expressos, espontaneamente, relatos de experiência ou de práticas de cunho religioso/espiritual que se relacionavam a aspectos da saúde. Tais usuários foram abordados pelo pesquisador e questionados quanto ao interesse e disponibilidade em participar desta pesquisa nos falando com mais detalhes sobre suas experiências de vida. Ademais, buscou-se uma composição de participantes para as entrevistas que representasse a diversidade de categorias religiosas ou espirituais percebidas no campo de pesquisa, de forma a não se construir uma investigação particularizante.

Não houve planejamento amostral quantitativo acerca do número de interlocutores e entrevistas que seriam realizadas, uma vez que a pesquisa seguiu uma abordagem qualitativa e não se desenvolveu com base em uma premissa quantitativa.

Desse modo, a perspectiva da saturação foi aplicada, sendo essa definida como “[...] a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passassem a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição [...]” (Fontanella; Ricas; Turato, 2008, p.17).

A partir desse plano, buscamos perceber como a dimensão religiosa/espiritual se instalava e se relacionava às práticas de cuidado (individuais e profissionais) e à percepção de saúde e doença.

E, adicionalmente à observação participante, realizamos entrevistas individuais, conduzidas a partir de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), ocorridas geralmente em ambientes com baixo ruído, de forma a favorecer o estabelecimento do diálogo desejado. Esses momentos foram registrados com apoio de gravador de voz digital, o que permitiu a transcrição dos discursos.

De forma complementar, entrevistamos os TR dos usuários entrevistados, a coordenação e psiquiatras do CAPS, bem como a psiquiatra e a psicóloga do ambulatório de saúde mental que funciona no espaço físico do CAPS. Para esse momento, contamos com um roteiro de entrevista semiestruturado específico, a fim de investigar as categorias e referências que dizem respeito à produção do cuidado profissional (APÊNDICE B).

Utilizamos também o diário de campo como recurso para registro das impressões do pesquisador a respeito das situações vivenciadas no serviço e percepções surgidas durante o transcorrer das entrevistas realizadas, cujo conteúdo fosse relacionado ao objeto de estudo. Esse registro era realizado à medida da conclusão das entrevistas e ao longo das situações vividas no serviço a fim de minimizar o viés de esquecimento.

Como tarefa seguinte, procedemos à transcrição das entrevistas registradas. Esse momento privilegiou a replicação literal das falas e com suficiente detalhamento de características associadas (entonação, suspiros, sobreposições, períodos de silêncio etc.) para a realização de uma análise mais fidedigna possível.

Findada a composição do corpus da pesquisa, elencamos um total de 6 interlocutores principais (2 do sexo masculino e 4 do sexo feminino), cujas histórias e trajetórias de vida foram investigadas à luz da análise de discurso.

### 4.3.1 Plano de Análise

De acordo com Gill (2002), a análise de discurso se apresenta como a estratégia mais adequada ao propósito de entendimento das pesquisas sociais. Ao reconhecer o mundo como um processo histórico e culturalmente específico, essa autora rejeita a ideia de que a linguagem seja um meio neutro de reflexão ou descrição do mundo.

Ao contrário, reivindica a centralidade do discurso na constituição e construção da vida social. Por englobar um conjunto interpretativo que envolve falas, conversações e textos emergentes (material de entrevistas, textos transcritos), esta técnica de análise pode revelar a rede relacional imbricada nessas observações. Portanto, o acesso a textos, palavras e outros tipos de linguagens pode nos ajudar a compreender a visão de mundo dos interlocutores, ao evidenciar a construção social de pessoas, fenômenos ou problemas.

Destarte, ao longo dos procedimentos para a análise do discurso, as categorias listadas no plano de análise (APÊNDICE E) foram analisadas em um esforço significativo à manutenção de uma constante atenção crítica e reflexiva acerca da própria postura assumida pelo pesquisador, enquanto sujeito, analista, pesquisador e trabalhador. Assim, os primeiros momentos da análise foram guiados pela dinâmica da leitura cética, que implicou na adoção de uma contínua desconfiança acerca daquilo que aparentava ser claramente notável. Após múltiplas releituras das transcrições, observou-se a emergência de potenciais eixos ilustrativos e/ou compreensivos às questões de interesse.

A partir dessa identificação e com o apoio do software Atlas.ti<sup>®</sup>, procedeu-se à etapa de codificação, definida a partir de agrupamentos de ideias que o analisador estruturou como categorias analíticas (religião, religiosidade, espiritualidade, experiências religiosas/espirituais e práticas de cuidado de saúde).

Realizamos, também, a análise documental de informações contidas nos prontuários dos entrevistados, de forma a complementar as informações obtidas nas entrevistas. Buscamos, com este procedimento, adensar os registros acerca dos relatos de aspectos religiosos/espirituais vivenciados pelos interlocutores e informados durante os atendimentos com os profissionais.

E com esse desenho, almejávamos implementar a estratégia de triangulação de dados (entrevistas, diário de campo, análise documental), com a finalidade de identificar reverberações dos discursos dos entrevistados, em outras fontes de informação disponíveis, obtendo-se, assim, uma maior qualificação do conjunto empírico.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa se vincula ao projeto maior: “Os modos de ser de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: ontologias, práticas e formas de habitar o mundo”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 02 de maio de 2019. E para efeitos de inclusão de um novo cenário de pesquisa foi encaminhado um pedido de emenda à proposta inicial, aprovado em 30 de janeiro de 2023.

Também foi concedida a anuência da Secretaria de Saúde e da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do município estudado, autorizando a realização dessa pesquisa no CAPS II, por meio da Diretoria de Planejamento, Avaliação e Monitoramento do SUS, em 22 de novembro de 2022.

Em observância às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013b, 2016), a participação dos indivíduos neste estudo foi precedida da assinatura do Formulário de Consentimento e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), através do qual se buscou garantir o anonimato dos participantes, o sigilo das informações obtidas, a possibilidade de desligamento do estudo a qualquer momento, assim como o acesso a informações a respeito da existência de riscos mínimos consequentes à participação na pesquisa. Uma via do TCLE (APÊNDICE C) foi entregue ao participante da pesquisa e outra arquivada na sala de trabalho do pesquisador.

O pesquisador, durante o trabalho de campo, diante de situações específicas que impactaram em dificuldades dos entrevistados em assinar o TCLE, procedeu ao registro do consentimento verbal dos usuários do CAPS em participar e autorizar o uso de seus dados para fins dessa pesquisa, utilizando para essa finalidade o mesmo gravador de voz disponível para a entrevista, configurando este procedimento exceção em relação aos procedimentos perseguidos metodológica e eticamente.

## 5 SITUAÇÕES ETNOGRÁFICAS

Nesse processo dinâmico que foi conciliar a pesquisa, em meio à vida que pulsa nas atividades desenvolvidas no CAPS, com todas suas pressões, desafios e afetações, tive a oportunidade de conhecer com mais detalhes, mediante entrevistas e observação participante, histórias de vida de pessoas acompanhadas neste serviço de saúde e seus familiares. Ao todo, esse conjunto foi composto por mais de quatro dezenas de pessoas que compartilharam alguns elementos dos modos de cuidado que elegeram para si.

Contudo, dentre estas pessoas, apenas algumas<sup>6</sup> serão, brevemente, destacadas a seguir. A seleção dessas se pautou pela obtenção das condições mais propícias para o desenvolvimento de um processo de aprendizagem em campo (vínculo pesquisador-interlocutor, frequência no CAPS não restrita às consultas médicas, disponibilidade de tempo para diálogos em momentos não agendados, riqueza das histórias em relação ao fenômeno de nosso interesse, dentre outros fatores). Talvez, a participação frequente nos cultos de igrejas evangélicas relatada pelos interlocutores acompanhados no CAPS seja reflexo do fato de que a maior parte das pessoas residentes no município estudado se declara católica ou evangélica.

Sendo assim, apresentaremos algumas situações etnográficas, envolvendo os rastros das relações entre as experiências religiosas/espirituais que circunscreveram a vida dos interlocutores de nossa pesquisa e seus caminhos de cuidado, trilhados em meio às suas trajetórias de vida e que culminaram em experiências de adoecimentos.

É possível que diversos fatores possam ter influenciado o modo como as histórias foram narradas pelos interlocutores: o uso ou não uso de medicamentos, durante o período da colheita de dados, a preocupação em apresentar boas performances diante de gravações, as suas atuais filiações religiosas/espirituais, o viés de memória, a percepção sobre a figura do pesquisador, as relações com outros profissionais do serviço e com familiares, o contexto pandêmico e político brasileiro, bem como o próprio espaço do CAPS, onde as observações foram realizadas. É importante destacar que as situações etnográficas apresentadas neste capítulo emergiram em diversos momentos de partilhas de experiências e observações no campo, tanto com profissionais de saúde quanto com as pessoas acompanhadas. Nesse processo, foi necessário, muitas vezes, retomar os diálogos empreendidos a fim de compreender melhor as concepções declaradas pelas pessoas com as quais conversamos.

---

<sup>6</sup> Os pseudônimos apresentados nesta seção foram escolhidos pelos próprios interlocutores.

Quadro – Alguns elementos de descrição dos interlocutores da pesquisa

Categoria	Interlocutores					
	Jotabê	Zulmira	Galego	Sônia	Patrícia	Elisângela
Emprego	Desempregado	ACS	Desempregado	Aposentada	Desempregado	Desempregado
Filiação religiosa anterior	Candomblé / umbanda	Criada como evangélica	Evangélico	Morava no terreiro, sem se considerar candomblecista	Espírita, evangélica e sem religião	Criada no catolicismo
Filiação religiosa atual	A religião é Deus, é Cristo.	“Ter Deus dentro de mim”	Igreja Batista	Igreja Adventista	“me reconciliei com Jesus na igreja”	“Vou pra igreja”
Aspectos do cuidado	Tratamento farmacológico guiado pela clínica, com ambiguidades	Tratamento incentivado pelo Filho	Tratamento farmacológico incentivado pela igreja e família	Tratamento farmacológico negociado e sob o “fazer” da oração	Tratamento incentivado pelos líderes da igreja	Tratamento farmacológico injetável produziu um apagamento do sujeito
Entrelaçamentos religiosos/espirituais com a saúde	Fala do anjo; ritual bori; orar “por dentro” o Salmo 91; frequência na igreja.	Oração em situações de risco de vida; Criação paterna rigorosa.	“Guerra na mente” apaziguada por Jesus Cristo e os remédios; Salmo 91 e orações.	Doença emergindo como uma vontade de pregar. Sente Jesus Cristo fazê-la feliz; orar o remédio.	Abraço do anjo; DNA de Deus; “espírito de loucura” submetido à oração.	Oração faz sentir mais forte; leitura da Bíblia, oração na igreja e rádio melhoraram o sono.
Concepção de saúde	Estar bem consigo.	Bem-estar em dia.	É se cuidar, tomar o remédio certo.	Estar 100% bem da mente, físico, emoções e espiritual.	É vida, vida abundante.	-
Concepção de cura	É não depender de <i>medicamentos</i> para viver uma vida normal.	Cura para depressão e ansiedade e não sei se existe.	Cicatrização da enfermidade	É ficar livre da doença; é se abster do que não presta; é abandonar o que prejudica a saúde.	Vida/Deus	-

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

## 6.1 JOTABÊ

Jotabê é um homem negro, de 47 anos, solteiro, com ensino médio completo, desempregado. Frequentador assíduo do CAPS, ele considera que *religião é Deus, é Cristo, é Jesus Cristo*<sup>7</sup>. Geralmente ele chegava ao CAPS no meio da manhã, usando bermuda, camisa de manga curta, sandália, cabelo sempre cortado bem baixinho, barba feita e reivindicando a sua alta médica, por estar bem e não precisar de *remédios* ou devido alguma viagem a fazer.

Sempre demonstrou ter muito interesse por música e pelas oficinas terapêuticas ofertadas, como as de cinema e de karaokê. Inicialmente, Jotabê teve uma tímida aproximação comigo, durante os atendimentos na farmácia, talvez devido ao forte vínculo que ele possuía com a farmacêutica que anteriormente trabalhava no CAPS, uma profissional extremamente competente e cativante. Todavia, com os contatos cotidianos, conversas informais, nos corredores e áreas de convivência, esta relação foi se fortalecendo e assumindo novos contornos.

Algo estranho estaria acontecendo com Jotabê se, ao chegar ao CAPS, ele não passasse por todos, distribuindo seu carisma a outras pessoas acompanhadas e aos profissionais. Era como bater o ponto: passar na recepção, cumprimentar as pessoas, olhar atentamente para observar o que estava ocorrendo, sondar se a sua médica já havia chegado, e, claro, pedir o violão para tocar, fazendo dessa atividade um modo singular de marcar sua presença.

Frequentemente, Jotabê me procurava para tirar dúvidas sobre seus medicamentos e queixar-se de efeitos percebidos, demandando que eu conversasse com a sua médica no sentido de diminuir a quantidade de *remédios* prescritos e o ajudar a convencê-la de dar-lhe alta. Além disso, era comum também confidenciar que não estava seguindo as orientações, quanto ao uso regular dos medicamentos (o que de forma geral se relacionava a um tipo de disposição pessoal atrelada à percepção de sintomas em seu corpo).

Gradualmente, o conteúdo de nossas conversas foi se ampliando e envolvendo aspectos de seu cotidiano: as músicas que compunha, as dificuldades de acesso aos demais serviços de saúde para realização de consultas e exames, os acontecimentos de seu final de semana e seu desejo de conseguir uma namorada. Na verdade, tenho dúvidas se houve essa ampliação de repertório com o passar do tempo, ou se eu me tornei mais atento ao seu valor.

---

<sup>7</sup> Os trechos em itálico referem-se às transcrições literais das falas dos interlocutores ou termos em língua estrangeira. As citações diretas de trabalhos publicados por autores que utilizamos nesta pesquisa são apresentadas entre aspas sem itálico, acompanhadas do sistema de chamada para adequada referência.

Observando seu discurso com outros profissionais do CAPS, percebi conteúdos religiosos de experiências vivenciadas no candomblé que poderiam evidenciar elementos do cuidado de si. Assim, explicando sobre a pesquisa que estávamos desenvolvendo, o convidei para participar e compartilhar suas histórias de vida, o que prontamente foi aceito.

Jotabê e eu conversamos a respeito da sua história de vida e sua percepção de saúde-doença em uma das salas do CAPS que anteriormente<sup>8</sup> era utilizada para práticas corporais, tendo a presente pesquisa como parte integrante desse momento previamente acordado. Ele iniciou o diálogo, falando sobre como ele e as demais pessoas de seu convívio começaram a perceber as alterações psíquicas que lhe afetaram:

*Eu sempre toquei, né? Eu toquei, eu trabalhava, tomei curso de segurança, trabalhei de segurança, mas eu sempre toquei, eu trabalhava e tocava. Aí, de uma hora pra outra, quando começou esse problema meu. Eu ensaiando... no passar do som eu vi o baixista... eu vi o baixo tocando, passando. Só que o cara do baixo, depois que eu reparava que o baixista não tinha nem tirado o baixo ainda. Olha que negócio!*

O próprio Jotabê falou com os outros integrantes da banda o que estava acontecendo com ele durante os ensaios: *O cara nem tirou o baixo do “case” e eu tô sentindo, ouvindo.* Esta situação fez Jotabê se preocupar e resolveu procurar tratamento médico. Ele avaliou que esse episódio apareceu entrelaçado com o período de manifestação de adoecimento de seu pai, que sofria de Alzheimer. Nesse período, ele precisou assumir, praticamente sozinho, todas as responsabilidades com o cuidado paterno e o trabalho de segurança, concomitantemente.

Jotabê sentia-se sobrecarregado com aquela rotina de cuidados com o pai e as responsabilidades que precisava dar conta em seu trabalho como segurança. A persistência daquela situação de saúde de seu pai, somada à falta de apoio familiar, estava gerando prejuízos no seu sono e afetando sua capacidade laboral. Assim, depois de determinado tempo, começou a ver o que chamou de *“problema meu”* misturando-se com o adoecimento de seu pai. O pai de Jotabê acabou falecendo e este fato marcou profundamente sua vida, suas memórias e o seu emocional. Compartilhou comigo que este evento o deixou com muita tristeza e o transformou significativamente, como podemos evidenciar em suas próprias palavras: *Sei lá, minha vida mudou assim, entendeu, véi? Me deu um golpe de... sei lá... eu fiquei frio. Fiquei frio.*

A fragilidade de apoio familiar em relação aos “os atos de cuidado” (Kleinman, 2015, p. 240, tradução nossa) com o seu pai impunha-lhe uma dupla responsabilidade com o

---

<sup>8</sup> O termo “anteriormente” refere-se a um período em que as oficinas e grupos terapêuticos estavam plenamente ativos no CAPS. Durante parte da colheita de dados desta pesquisa, algumas atividades deste serviço de saúde precisaram ser suspensas ou transferidas para outros espaços devido a problemas em sua estrutura física.

trabalho, fora e dentro de casa, o que acentuou o agravamento de sua saúde. Além disso, o sofrimento gerado pelo falecimento de seu pai compôs um contexto em que a “biografia de uma doença” (Das, 2023a), isto é, o “*problema meu*”, foi se constituindo ao longo do tempo. Tal contexto englobava rupturas que “emudecem” (Das, 2020, p. 87) homens, expressão utilizada por Das (2020) que evoca a frequente dificuldade masculina em lidar com a morte de pessoas próximas, tal qual Jotabê destacou durante nosso diálogo.

Ao sondar Jotabê a respeito do que entendia quando falávamos sobre saúde, obtive o seguinte relato: *Saúde é você tá bem consigo mesmo. Porque não adianta você não ter problema nenhum, de saúde, e ter outros problemas. Entendeu? Com mulher... Entendeu? Com filho... Ter problema com filho. Entendeu?* A percepção que nos apresentou sobre saúde estava relacionada à noção de que este aspecto não se tratava, unicamente, da ausência de doença, ausência de *problema*, englobando bem-estar consigo próprio e nas relações com as pessoas do seu contexto de vida. Para ele, *cura é não depender de medicamentos para viver uma vida normal. Não ser escravo de algo que te aprisiona: medicamento, drogas, sexo, café.*

Durante nossas conversas, Jotabê afirmava crer que seu adoecimento envolvia, também, um componente espiritual. Nessa perspectiva apresentada por ele as intervenções farmacológicas não seriam capazes de trazer solução ao “*problema meu*”. Apesar disso, ele deixava rastros da consciência de que este processo não era exclusivamente espiritual e, portanto, suscetível às intervenções da biomedicina. A partir da observação participante, notou-se uma dinâmica em que a interpretação que ele fornecia para o seu adoecimento era mantida, a despeito de seu estado de saúde mental. Desta sorte, quando ele percebia que estava bem, dizia que não precisava de *remédios*, porém, quando identificava a piora dos seus sintomas, retomava o uso dos psicofármacos, mesmo que de modo diferente da prescrição da psiquiatra, a fim de minimizar o desconforto que sentia:

*É por isso que eu digo: às vezes também é coisa espiritual. Porque o maior de tudo é Deus. Não tem pra onde correr, o maior é Deus. É Jeová Deus, não tem outro, não tem outro. Deus é Deus do impossível. Ele abre porta onde não tem porta. Não é isso? Então, eu tenho muita fé nisso aí.*

Esta dinâmica colocada em prática por Jotabê na gestão do uso de seus *remédios* e busca por validação da sua *alta* do CAPS fazia transparecer a variável clínica como orientadora de seu tratamento farmacológico, tendo como fundamento a interpretação do seu adoecimento em premissas espirituais, perceptíveis em seu discurso, independentemente das oscilações de sua sintomatologia.

Sendo o “*problema meu*” de ordem espiritual, a fé em Deus, na sua concepção atual, seria o antídoto contra a manifestação de tais desordens, pois somente o *Deus do impossível*

proporcionaria saídas às situações de pânico e sofrimento que poderiam atingir a sua vida, através de realização de ações sobrenaturais. Provavelmente, por isso os medicamentos ocupavam um segundo plano no processo decisório a respeito dos modos de cuidado que elegia para si.

Para Jotabê, as ações espirituais eram capazes de influenciar seu processo de adoecimento. Ele evocava, como explicação possível para sustentar essa convicção, as “*coisas*” feitas contra sua vida:

*Namorei com a menina, que eu também acho que pode ser isso também, que a menina tinha envolvimento lá com candomblé, lá. Não quer dizer que o candomblé faça mal, né. Mas tem a parte do mal também. Todo lugar tem a parte do bem e do mal. Aí eu peguei, não quis mais ela. Cisme. Não quis mais ela. Aí eu fiquei um bom tempo, na mente, que ela tava fazendo coisa pra mim. Um pessoal tava me dizendo, lá de dentro, tava me dizendo que ela estava botando o meu nome na geladeira, que não sei o que...*

Quando conversamos, perguntei a Jotabê se o “*problema meu*” surgiu após o namoro com aquela *menina* que supostamente teria feito alguma *coisa* contra sua vida. Ele esclareceu que já vinha com problemas antes deste relacionamento, mas, que acreditava ser vítima de uma ação espiritual, porque, depois desta relação, tais problemas pioraram. Desse modo, interpretava que se comunicasse esses problemas de ordem espiritual à médica que o acompanhava, a conduta da psiquiatra seria a de medicar algo, cuja origem não estaria apenas no âmbito biológico, como ele explicou: *Acordo três horas da manhã, não durmo mais, véi. Não durmo mais. Aí, se eu falar com o médico aqui, ele vai passar remédio. Mas não é, véi. Não é. É algo. É algo espiritual.*

Ele interpretava que determinadas alterações presentes em seu corpo teriam relações com âmbito espiritual. Por isso, evitava comunicar à médica que o acompanhava todos os sintomas que geravam incômodo. Em seu ponto de vista, a apresentação de mais queixas teria como consequência imediata a prescrição de novos medicamentos, contrariando o modo que acreditava ser o ideal para lidar com seus *problemas*, ou seja, com o mínimo de intervenções farmacológicas.

Diferentemente da perspectiva biomédica de explicação do processo saúde-doença, Jotabê considerava que a gênese de seu adoecimento envolvia, também, relações com aspectos religiosos/espirituais, não sendo exclusivamente expressa por elementos de um único modelo, porém por um imbricamento, onde se percebe a predominância de elementos explicativos próprios, de forma flexível e porosa com o modelo biomédico.

Em sua trajetória de vida, Jotabê buscou diversos espaços religiosos/espirituais com o intuito de melhorar sua saúde, iniciando pelo candomblé, tradição religiosa anteriormente seguida por seus pais, até, atualmente, frequentar uma igreja evangélica:

*Eu era do candomblé, pô. Eu era o famoso abiku, se você pesquisar aí no google você vai saber o que é. É aquele que nasce raspado, né. Eu já fui pra mesa branca, mesa branca é umbanda. É o espiritismo com... o espiritismo com candomblé misturado. A realidade é essa. Lá são entidades, né. Manifesta, manifesta caboclo, aí fica conversando com a pessoa. Só que como eu sou abiku, aí é um pouco diferente, né. Eles vê, eles sabem. Aí... nem tudo pode passar, entendeu? Me mandei, quis não.*

Nesta descrição de trânsito religioso (candomblé, umbanda, igreja evangélica), assim como abordado no estudo de Mota, Trad e Villas Boas (2012), Jotabê contou sobre algumas experiências religiosas vivenciadas durante o período em que fazia parte de religiões de matriz africana, inclusive a sua posição nesse sistema religioso que participava.

Esses entrelaçamentos de aspectos religiosos/espirituais em sua vida não se limitavam às explicações a respeito do seu adoecimento, porém eram perceptíveis também em situações do cotidiano vivenciadas no CAPS. Jotabê expressou que as relações entre as pessoas que fazem parte desse espaço (tanto profissionais, quanto pessoas em acompanhamento) carregavam marcas de preconceito dirigido às pessoas que costumam utilizar indumentárias religiosas. O diálogo entre um usuário do CAPS e ele evidenciou essa percepção: *Olha lá, aquele povo tá usando... olha pra lá... usando coisa do diabo. Ali é coisa do diabo no pescoço.* Então Jotabê questionou: *Rapaz, que diabo? Cuida de sua vida, não tem nada a ver não. Cada qual com sua religião. Eu tenho a ver com a pessoa. Pra mim importa a pessoa. Religião não importa nada.*

Quando conversamos a respeito do que pensa sobre religião, Jotabê descreveu a sua visão acerca deste assunto, interpretando-o no lócus de foro íntimo: *Rapaz, eu tenho religião. E eu tô indo pra igreja. Minha religião é Deus, é Cristo, Jesus Cristo. Porque a igreja somos nós, né?*

A religião, do ponto de vista de Jotabê, era compreendida não em seu aspecto institucional, mas transcendente, centrada em Deus. Ademais, diferenciava “religião” e “igreja”, considerando essa última categoria como dimensão que extrapola as paredes físicas dos templos. Por outro lado, durante nossa conversa, algo me intrigou bastante e, com certo grau de ignorância a respeito do assunto, pedi permissão para que me esclarecesse, conforme o diálogo exposto:

- *Jotabê, você falou assim: Eu sou abiku. Quem é abiku sempre vai ser abiku? Mesmo mudando de religião, como você, hoje, está, permanece sendo abiku, ainda?* - questionou o pesquisador.

- *Eu acho que sim. Mas, permanece, mas quer dizer... permanece sendo...porque... na religião. Se você tiver na religião. Se não tiver, não é mais não. Não é, mas pra eles, lá, eles dizem que quem é... é tipo quem nasce cego de um olho. Fica a vida toda, né.* - esclareceu Jotabê.

Há pouco tempo frequentando uma igreja evangélica em seu bairro, Jotabê ainda conservava em seu discurso alguns elementos da tradição religiosa que seguia anteriormente. Ser abiku era visto por ele como uma condição permanente para quem se mantém no candomblé. O diálogo sobre este assunto sinalizava como algumas concepções religiosas eram mantidas, enquanto outras estavam sendo incorporadas e desincorporadas gradualmente por Jotabê ao passar a frequentar outro espaço religioso.

Algumas semanas depois daquela entrevista, Jotabê me procurou, mais uma vez, para conversar sobre os incômodos em relação ao seu tratamento no CAPS. Conversamos por quase meia hora, em pé, à sombra de um dos coqueiros do CAPS, em um dia que passaria por reavaliação médica, após ter apresentado piora do humor, na semana anterior a este diálogo:

Perguntei a Jotabê: *Como tem se sentindo da semana anterior até agora?* Então me respondeu:

*Rapaz, eu estou me sentindo melhor. As vozes ainda estão me incomodando, falando coisas sexuais. Eu tento me controlar. Falam pra agredir as pessoas. Agora mesmo elas estão mandando eu dar um murro em você, que nada disso é verdade. Mas eu tenho um anjo que me fala também, tenho um anjo que fala coisas boas.*

Nesta narrativa, *um anjo* era descrito por Jotabê como ser que lhe dizia coisas que o ajudavam a refletir sobre o conteúdo das *vozes* que não falavam coisas boas. Em outro período de sua vida, sem referência à agência do anjo, tinha maior dificuldade em lidar com a influência das *vozes*, como compartilhou: *Rapaz, uma vez eu estava conversando com uma pessoa e a voz disse que a pessoa ia me dar um murro e eu não pensei duas vezes: pá, pá, pá* [faz gestos dos golpes de murro que deu na pessoa].

É possível perceber que a agência daquele *anjo* emergia como fator que influenciava as atitudes de Jotabê diante das “*vozes*”. Essa agência configurava-se, portanto, como um recurso capaz de lidar com o incômodo que as “*vozes*” produziam em sua vida cotidiana. Através desse episódio, nota-se que Jotabê desenvolvia suas próprias estratégias de cuidado, as quais o ajudavam a não efetivar determinadas ações, interpretadas como inadequadas por

ele. Assim, podem-se notar rastros da agência de não humanos, configurando-se como possível eixo explicativo do processo de cuidado de Jotabê, cujas conexões propiciavam habilidades para lidar com os conflitos em que se percebia envolvido, ainda que no campo das possibilidades.

Jotabê também me contou sobre as práticas religiosas/espirituais que já realizou, no sentido de resolver problemas de saúde:

*Já tomei banho de folha, tomei banho, fiz limpeza. Na época que eu tava lá, no começo... no começo, quando eu tava.. tomei banho de folha, fiz bori. Dei bori. Eu dei bori... Sabe o que é bori não, né? Bori é um esfriamento da cabeça pra você dar pra todos os orixás seus, orixás. É tipo assim, uma limpeza que você esfria a cabeça. Esfriar a cabeça pra os orixás. É você ficar bem. É um negócio que gasta, entendeu? Eu fiz isso aí. Fiz um bocado de coisa. A limpeza é o quê? É... passa um bocado de coisa pelo seu corpo... é pipoca, é milho, aquele negócio, é várias coisas. Tem coisas que não pode falar, entendeu? E aí passa uma roupa, roupa branca, fica resguardo sete dias. Três, sete ou vinte e um. Sem você comer nada daquilo ali.*

A respeito dos resultados autopercebidos de práticas de cura que buscava nas religiões de matriz africana, Jotabê avaliou que, inicialmente, notava certo alívio de seu *problema*, no entanto estes benefícios não se consolidavam por muito tempo: *Rapaz... Melhorava um tempo. Mas é a mesma coisa. Voltou a mesma coisa de novo.*

Jotabê também apontou que a frequência à igreja evangélica tem gerado mudanças em seu humor, na audição de “vozes” e na sua sensopercepção, ainda que seu padrão de sono permaneça insatisfatório: *Depois que eu tô indo pra igreja, eu tô mais calmo. Entendeu? Não tô dormindo muito, mas não tô ouvindo muita voz, assim. Eu ouvia muitas vozes, ouvia, sentia cheiro estranho, coisa podre, via sangue no chão, um bocado de coisa, eu via.*

Ainda falando sobre suas experiências religiosas/espirituais, Jotabê compartilhou uma situação em que passou mal em sua casa durante a noite, e como conseguiu enfrentar a dificuldade apresentada:

*Uma vez achei que eu tava...é... aquele.. espada de São Jorge...ó pra aí. Ó pra aí que negócio é da mente... me acordava, me levantava, pegava aquela espada dele enfiava em mim, atravessava. Rapaz eu fiquei assim.. eu tava vendo o sangue descendo por aqui. Eu peguei, parei, comecei orar por dentro, orar, comecei fazer oração assim. O Salmo 91, na minha mente. É aquele que habita no esconderijo do Altíssimo. Ó pra aí.*

Ao se deparar com o evento descrito acima, Jotabê afirmou ter recorrido à oração como meio para lidar com o pânico que estava tomando conta de seu corpo. Quase sem forças, decidiu *orar por dentro*, meditando no Salmo de número 91, passagem bíblica bastante conhecida no meio cristão, como recurso diante de situações de perigo, sendo considerado um Salmo de proteção.

Jotabê narrou a experiência vivenciada, descrevendo a presença corporificada de *uma coisa* que, ao conversar com ele e tocar em sua cabeça, conseguiu acalmá-lo e fazê-lo perceber que a substância líquida que estava vindo descer em seu corpo não se tratava de sangue, mas apenas suor. O toque em sua cabeça proporcionou uma sensação de segurança e a elaboração de outro significado ao que estava vindo e sentindo.

Destaca-se a categoria empírica “*orar por dentro*”, como recurso ligado à noção de espiritualidade, acessada com o objetivo de defesa, diante da percepção de algo que se apresentava como uma ameaça à sua integridade física. Naquele dia, a *oração, por dentro*, foi o recurso utilizado por Jotabê para sair daquela situação de pânico que o tomava.

Os relatos de Jotabê apontaram para agenciamentos produzidos a partir de práticas cotidianas, em que agentes humanos e não humanos (o anjo, a coisa que o tocava e conversava com ele, o próprio Jotabê) fizeram emergir, através de agenciamentos moleculares, elementos religiosos/espirituais envolvidos no cuidado. Tavares (2017) aborda a noção de agenciamento, afirmando que “[...] uma característica que atravessa a diversidade terapêutica contemporânea refere-se à intensificação dos agenciamentos moleculares, mobilizando a desterritorialização nos processos de cura” (Tavares, 2017, p. 221).

Independente das agências religiosas buscadas nos períodos de sua vida, essas eram vislumbradas como possibilidades de se desvencilhar das sensações ruins que percebia em seu corpo. Atualmente, ele professa uma relação direta com Jesus Cristo, reconhecendo que este modo de vida contribuiu para que alcançasse uma melhor condição de saúde.

## 6.2 ZULMIRA

Zulmira é uma mulher parda, 57 anos, com nível superior, ocupante do cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Disse compreender a religião como “*ter Deus dentro de mim*”. Para além do contato durante a dispensação de medicamentos, a relação que desenvolvemos foi fruto de nossas trocas de experiências a partir do acompanhamento durante as consultas farmacêuticas. Nesse espaço, inicialmente, ela desejava falar sobre os eventos adversos advindos do uso de psicofármacos. Contudo, ao longo do tempo, suas demandas terapêuticas foram se apresentando como necessidade de escuta e atenção às suas experiências de sofrimento e cuidado.

Zulmira já tentou tratamentos com fármacos de diversas classes, sempre desenvolvendo diversos efeitos negativos. Em nossos atendimentos, os medicamentos figuravam mais como pretexto para o diálogo e momentos de atenção do que como tecnologia

de intervenção. Em seus relatos durante os atendimentos individuais, ela pontuava eventos de sua infância, que envolviam a experiência religiosa vivenciada no âmbito de seu circuito familiar e que teriam impacto direto na conformação de seu estado de saúde. Ela demonstrou estar tão à vontade para falar sobre sua história que nos autorizou divulgarmos seu verdadeiro nome, entretanto optamos por manter um nome fictício para preservar sua intimidade.

No dia de sua entrevista, me senti profundamente afetado com a densidade de fatos ocorridos em sua vida e as situações exigidas para que ela se mantivesse viva. Por vezes, precisei exercitar autocontrole para não transparecer o quanto me sentia tocado por seus relatos, mantendo o meu olhar atento à sua linguagem corporal e o ouvido às palavras que proferia em meio às lágrimas e períodos de silêncio.

A despeito de todas as adversidades que enfrentou, Zulmira foi capaz de manter a regularidade do acompanhamento multiprofissional no CAPS e a cada encontro nos corredores, na varanda, na recepção, na porta da farmácia, íamos atualizando os acontecimentos relativos à sua saúde e dialogando sobre os caminhos que pensava seguir em sua vida. Nossa relação foi se intensificando cada vez mais durante estes últimos anos a ponto de Zulmira me procurar no CAPS sem agendamento prévio, apenas para falar sobre aspectos comuns como seus planos de viagem ou para dar um forte e caloroso abraço, quando ocorria de demorar de nos falarmos em momentos programados.

Este enlace etnográfico com Zulmira me ressignificou profundamente enquanto profissional e me fez perceber o quanto o cuidado farmacêutico tem a contribuir além da aplicação e avaliação de instrumentos padronizados, para monitoramento do quadro clínico das pessoas. Modificou-me, sobretudo, enquanto pessoa, ao me oportunizar vivenciar, na prática, o valor de remédios que não se encontram em blisters ou frascos da indústria, mas, que ajudam pessoas, mesmo nos mais terríveis vendavais da vida, a manter a perseverança e esperança em dias melhores.

As experiências de vida relatadas por Zulmira se apresentavam em um contexto de intensa escassez financeira em sua família e limitado acesso a recursos básicos de sobrevivência. Essa realidade a expôs à necessidade de assumir, por volta dos sete anos de idade, juntamente com suas irmãs, o apoio na realização das tarefas cotidianas inerentes à vida na roça. Além das privações econômicas, Zulmira destacou uma rigorosa ética religiosa aplicada por seu pai em sua criação. E, associou essa dimensão como um dos entrelaçamentos de seu processo de adoecimento. Em diversos momentos de sua fala, no transcorrer da entrevista que me concedeu, repetia ter sofrido “*bullying*”, na escola que frequentou durante

sua infância, por ser evangélica. Sentia-se incomodada por ter que se vestir de forma destoante das demais crianças de sua idade que frequentavam aquele ambiente:

*A gente era tão pobre, tão pobre que não tinha roupa para vestir. Até nove anos eu vivia de calcinha. A gente não tinha roupa para sair, era um vestido. Enquanto todo mundo tava de calça, maquiada, arrumada, uma menina com uma saiona lá embaixo, no meio da perna, porque não podia nem ser acima do joelho, uma blusa tinha que tá com uma manga quase aqui acima do braço - cotovelo.*

Ao destacar que já passou tudo na vida, Zulmira compartilhou uma marca profunda que carregava em seu corpo, culpabilizando-se pelo fato de não conhecer, profundamente, naquela época, os assuntos relativos ao sexo. Esse tema não era abordado abertamente por seus pais em sua criação, marcada por conduções religiosas em que determinados assuntos eram evitados nos diálogos familiares, como explicou: *tudo, tudo que você imaginar, eu já passei na vida. Abuso sexual, por a gente não ter experiência.*

Ao ser perguntada acerca de sua religião, Zulmira me disse: *eu tenho Deus dentro de mim.* Não se via como religiosa, e sim, como alguém que crê em Deus, defendendo que a religião deveria ser algo leve, sem cobranças e radicalismos. Inicialmente, não conseguiu reconhecer alguma situação em que experiências religiosas/espirituais tenham auxiliado sua saúde. Sobre este aspecto pontuou:

*Já fui a todas as igrejas que tu imaginar, sempre as colegas me levavam. Por eu ter passado por um pai radical, eu acho que tudo tem que ser moderado. Apesar de eu não concordar com a forma como meu pai levou a religião pra o lado severo, de a igreja se tornar um peso. Eu não acho que a igreja, nem que Deus é um peso. Eu acho que Deus, Ele é o amor. Eu acho que Ele é o que você tem dentro de você, de bom.*

Durante uma de nossas conversas, rememorava, em meio a lágrimas, situações do seu passado, como se tivesse um espelho nas mãos para rever as cenas que a marcaram. A partir dessas lembranças, nos transmitiu a percepção de que o sofrimento que vivenciou durante sua vida na roça estava “embebido”<sup>9</sup> (Das, 2007, p. 4; Ferreira, 2015, p. 163) nas cobranças extremas durante sua educação familiar, influenciada, principalmente, pela ética religiosa paterna:

*Acho que o que eu tenho no meu emocional é muito forte, foram coisas muito pesadas que eu passei, que, eu acho assim, a igreja em si, ela talvez não tenha ainda como resolver. A não ser assim, que fosse uma igreja que eu me sentisse mais acolhida, que não me cobrasse tanta coisa. Porque, assim, eu já fui cobrada a vida*

---

<sup>9</sup> O termo “embebido”, utilizado no trabalho de Mariana Tavares Ferreira é uma categoria desenvolvida por Veena Das para estabelecer uma dimensão na qual as relações ocorrem. Contudo, a expressão original foi traduzida para a versão em português (Das, 2020, p. 25), como “imerso”, dentre outras palavras em outros trechos. Ferreira (2015) aprofunda a compreensão relacionada ao termo original, propondo conteúdos que expandem as ideias de Das (2007). Portanto, incluímos as duas autoras como referências desta concepção.

*inteira. A religião tem que ser suave. Se você apertar um jovem demais, você vai deixar ele doente.*

As declarações de Zulmira, no excerto acima, apontam para uma visão de que as igrejas que conheceu até aquele momento de sua vida não teriam condições de ajudá-la a lidar com *as coisas muito pesadas* que atingiram seu emocional. Ao frequentar as instituições religiosas que teve contato, enxergava, nesses espaços, cobranças de conduta que remetiam à severidade de seu pai em sua criação. Não obstante, considerava possível encontrar uma igreja em que se sentisse acolhida e não carregasse *o peso* de cobranças excessivas, mantendo, assim, a preservação de sua saúde emocional.

Zulmira descrevia seu pai como *uma pessoa fanática pela religião*, mas, ao mesmo tempo, um *pai amoroso*. Evangélico, ele conduzia sua família com os rigores doutrinários da religião, baseando-se na interpretação religiosa que construiu naquele período. Ele buscava garantir a pureza sexual de suas filhas, *defendendo-lhes com unhas e dentes* e instituía o devocional diário, no horário das refeições, além da escuta de programas religiosos, transmitidos pelo rádio, e estabelecia quais roupas ela e suas irmãs deveriam utilizar fora de casa.

Até determinado momento de sua vida, Zulmira percebia seu pai como *opressor pela religião*, uma pessoa que exercia controle excessivo da sua forma de se vestir e dos seus relacionamentos com as pessoas. Por isso, decidiu se casar, *praticamente para sair de casa*, com um teólogo que havia desistido de seguir a carreira eclesiástica na Igreja Católica.

Todavia, neste relacionamento, vivenciou os maiores horrores de sua vida. O que parecia ser a libertação do controle imprimido por seu pai se tornou, então, uma sequência de torturas cotidianas que *não desejava para seu pior inimigo*, como nos confidenciou em um dos encontros que tivemos no CAPS: *dois meses depois de casada, eu engravidei e comecei a passar mal, vomitando várias vezes por dia. Ele me empurrava, tentava me matar de diversas formas, com faca.*

As agressões físicas e psicológicas que sofreu durante o seu primeiro relacionamento conjugal passaram a ser executadas além dos limites *do portão pra dentro*, demonstrando uma escalada dos riscos reais de morte a que estava exposta. Em uma destas tentativas de assassinato, Zulmira recorreu à intervenção de *Jesus*, em oração, a fim de obter livramento das ações de seu companheiro contra sua vida, conforme o seguinte relato que me contou:

*Teve uma vez que ele me colocou no carro e disse: É hoje que nós vamos morrer. E aí, ia jogar o carro no rio, mas Deus me livrou. Comecei a orar: Jesus, Jesus. Faltou gasolina no carro, na porta do posto de combustíveis. Aí, as pessoas perceberam que eu tava nervosa, ele pegou em minha mão e disse pra eu não ter*

*nenhuma reação. Quando entramos no carro e ele soltou minha mão para passar a marcha, eu abri a porta e me joguei. Ele fugiu no carro. E daí, comecei a entristecer.*

A criança que Zulmira teve com este companheiro se tornou alvo das agressões do genitor logo após o nascimento. Desta sorte, Zulmira apelava ao socorro de Deus e ao acompanhamento médico para lidar com as consequências físicas da desumanidade daquela pessoa com quem se casou, como declarou: *ele ia dar um murro na criança de meses e matar, esse foi o dia que eu mais me afoguei, completando um ano de casada. Eu clamei a Deus para que meu filho não morresse. Eu tomei medicação para não perder meus dois filhos.*

É notório, neste episódio de desespero e angústia, que Zulmira recorreu à oração como meio de obter proteção contra a situação de ameaça à vida de seu filho. Entretanto, a sua narrativa demonstrou que aquela oração, mais que um pedido, consistia em uma súplica dirigida a quem, na sua concepção, teria poder para não permitir que a vida de sua criança fosse ceifada em consequência da atitude de seu companheiro. A partir desta relação de intimidade com Deus, construiu suas estratégias de cuidado associando os recursos de cuidados biomédicos aos do âmbito religioso/espiritual.

Inicialmente, Zulmira não tinha o aval paterno para se separar do seu primeiro cônjuge. Esta atitude, em sua visão, era devido à doutrina religiosa seguida por seu pai até aquele momento, sem as devidas reflexões cabíveis. No entanto, após algum tempo, o pai de Zulmira passou apoiá-la em sua intenção de terminar a relação conjugal, mantida com aquele homem que descreveu como *violento e psicopata*:

*Meu pai disse que preferia me ver eu morta do que me ver separada porque separação era uma vergonha. Então, assim, ele pensou no lado da religião dele, na vergonha de uma filha separada, ele não pensou que eu estava correndo risco de vida. Eu sei que isso, depois ele se arrependeu. E ele disse que me amava e que o dia que eu não estivesse mais bem no meu casamento que eu podia me separar novamente. Ele mudou.*

Esta mudança trouxe à tona o apoio paterno, até então, jamais percebido, devido à supremacia dos rigores religiosos em relação ao modo como seu pai a tratava, mesmo adulta.

Após certo tempo de conflitos conjugais seu cônjuge faleceu, deixando-a com dois filhos e as marcas das violências sofridas inscritas não só em sua *alma*, mas em todo seu *corpo*, até o dia de hoje, e expressas em memórias localizadas “bem na superfície” (Das, 2020, p. 33).

Os eventos que Zulmira vivenciou desde sua infância editaram a “biografia de uma doença” (Das, 2023a), que ora era reconhecida como “*depressão desde criança*”, ora como “*crises de pânico*”, além de outras categorias. Esse processo foi escrito, ao longo de diversas

fases de sua vida, por mãos de diferentes agentes, com tintas produzidas em relações sociais marcadas por situações de “*bullying*”, educação familiar religiosamente rigorosa, privações financeiras e violências. Tais eventos culminaram em adoecimentos que, ao impactarem em sua saúde, produziram sofrimentos que demandaram cuidados profissionais especializados em saúde mental.

Zulmira nos explicou que chegou ao CAPS por orientação de um médico da Unidade de Saúde da Família onde trabalhava que lhe dizia: *Zulmira você está com depressão*. Porém, tendo iniciado algumas vezes o acompanhamento em clínicas conveniadas ao SUS, precisou interromper o tratamento devido às frequentes suspensões de contratos da Secretaria de Saúde com os psiquiatras daqueles serviços conveniados. No entanto, foi o seu filho que conseguiu convencê-la a procurar o CAPS, quando se viu afetada por *várias situações seguidas*, cujos efeitos em sua saúde eram sobrepostos: A morte do seu pai, a separação do segundo casamento, a morte de sua mãe e, por fim, um evento de violência urbana envolvendo um familiar.

Assim, após ser acolhida no CAPS, Zulmira teve acesso a diversas estratégias de cuidado, tais como acompanhamento psicológico, psiquiátrico, acupuntura, dança livre, yoga, além de manter os outros recursos fora do serviço, destacando o ciclismo e a fisioterapia. Seu envolvimento ativo no processo de cuidado contribuiu para a obtenção de uma evolução significativa em seu tratamento. Ela compartilhou que compreende saúde como “*bem-estar em dia*” e que “*cura para depressão e ansiedade não sabe se existe, mas existe tratamento*”.

Após alguns anos de afastamento por problemas de saúde, Zulmira voltou trabalhar na Atenção Primária, avaliando que esta reinserção foi positiva e que tem conseguido lidar melhor com os seus sofrimentos. Ainda mantemos diálogos sobre seus planos para o futuro e a respeito do que tem feito cotidianamente. Atualmente, as referências de Zulmira à ocorrência de “*crises de ansiedade*”, à “*depressão desde criança*”, ao “*suicídio*”, às “*dores de fibromialgia*”, às “*dores na alma e no corpo*” diminuíram significativamente, talvez devido a novos contextos sociais onde as “*condições de possibilidade*” (Das, 2023, p. 107) propiciaram novos horizontes para sua vida.

### 6.3 GALEGO

Galego é um homem pardo, casado, 59 anos, desempregado. Coursou até a sétima série do ensino fundamental e disse perceber como sua religião a *Igreja Batista*, instituição que costuma frequentar regularmente. Comumente, eu o encontrava na área de convivência do

CAPS, jogando dominó, xadrez, damas ou cartas. Torcedor do Fluminense, herdou de seu pai o gosto pelo futebol, assunto que lhe chamava bastante atenção e ocupava espaço significativo em seu repertório cultural.

Foi acolhido no CAPS, em 2007, após ter vivenciado várias situações que implicaram em internamentos em hospitais psiquiátricos, experiência que refere não querer vivenciar outras vezes: *Nunca mais eu quero ficar internado. Eu quero que Deus me ajude que eu fique por aqui, me tratando com vocês aqui.* Destaca o seu prazer em participar das oficinas do CAPS, principalmente a “*Oficina de Notícias*”, facilitada por uma das assistentes sociais do serviço. Essa predileção ocorre em meio a um bloqueio criado por ele à leitura de reportagens, ao descobrir, durante a leitura de jornal, em seu trabalho, o assassinato do seu irmão, devido envolvimento em briga de trânsito.

Foi em um período de *crise* na saúde de Galego que os nossos caminhos se tornaram mais interligados e fortalecidos por um laço de amizade. Essa crise o atingiu tão gravemente que demandou um processo de intensificação de cuidados, envolvendo diversos profissionais do CAPS. A princípio, coube a mim disponibilizar os medicamentos dele, de maneira individualizada, para curtos períodos de tempo, a fim de observarmos melhor a sua evolução. Destarte, semanalmente, conversávamos sobre futebol, trabalho e situações familiares, principalmente, aquelas que envolviam seus netos e sua companheira.

Escrevendo esta dissertação, lembrei-me do primeiro dia em que Galego me abordou para conversarmos, pouco antes da última situação de crise psiquiátrica que sofreu. Ele estava entristecido devido problemas no relacionamento com sua companheira. Assim, eu, como uma das poucas figuras masculinas no CAPS, fui escolhido para *desabafar* acerca dos problemas que vinha passando em seu casamento.

Nesse encontro, na área dos fundos da principal edificação de atendimentos do CAPS, conversamos por cerca de 30 minutos, sentados em cadeiras expostas ao sol. Nascia, ali, uma longa jornada de revelações que incluiu segredos íntimos, experiências de sofrimentos, sua ética religiosa/espiritual - memórias familiares e planos futuros, tudo imerso em momentos que transitavam entre dificuldades e alegrias.

Atento a estes detalhes, depois de alguns meses, após a situação de crise que o acometera, o sondei acerca do interesse em conversarmos um pouco mais sobre sua história de vida. Com seu aceite, ele também se tornou um interlocutor para a presente investigação.

Galego contou que as alterações na sua saúde mental surgiram após sofrer um acidente, enquanto trabalhava cavando uma fossa, na qual foi atingido por um objeto (tampa de tonel) na cabeça. Daí então, ele passou a apresentar dificuldades para manter as atividades

diárias que realizava anteriormente. Acreditava que seus problemas mentais foram consequência deste acidente, sofrido aos 14 anos de idade, quando também perdeu a sua mãe.

Diversos profissionais do CAPS se envolveram no cuidado de Galego em sua última situação de crise psiquiátrica, ocorrida em abril de 2022. Em seu prontuário, há registro de atendimento realizado pela assistente social, que notou o início do agravamento de seu quadro clínico. A profissional referia que Galego estaria apresentando dificuldades para dormir, descarrilamento de ideias, angústia, brigas no jogo de dominó e choro imotivado. A família dele também notou comportamentos inadequados e confirmou que Galego havia suspenso o uso dos medicamentos há cerca de dois meses, e que estava trabalhando muito como segurança de postos de combustíveis, à noite. Neste mesmo período, Galego também passava por dificuldades na relação conjugal com sua atual companheira, encontrando-se entristecido, como me contou um pouco antes de sua saúde piorar.

Diante daquela crise, a equipe do CAPS intensificou os cuidados dirigidos a Galego, buscando evitar que precisasse de internamento em hospital psiquiátrico, experiência que ele referia estar ligada a memórias negativas. Galego aceitou o acolhimento no CAPS III, sendo encaminhado para aquela Unidade de Saúde. Naquele período, os profissionais do CAPS III relataram que ele afirmava que *precisava orar para afastar o mal*.

Tal narrativa de Galego sinalizava o quanto o aspecto espiritual estava imbricado com sua percepção de saúde-doença. Outrossim, destacava a oração como recurso com potencial para modificar, positivamente, a circunstância de sofrimento psíquico que estava vivendo. Sua afirmação de que “o mal” poderia ser afastado a partir da sua oração revelava sua concepção de que “a crise” que estava vivenciando seria estabilizada através deste recurso. Assim, Galego sinalizava a expressividade do âmbito religioso/espiritual nas práticas de cuidado que elaborava para sua vida em sintonia com os recursos biomédicos a que teve acesso ao ser acolhido no CAPS III.

A “crise” emergida refletia, assim, um emaranhado de situações entrelaçadas, sutilmente, às experiências cotidianas. Das (2023a, p. 129) discute sobre “[...] a ideia de que a doença reside na rede de relações, no movimento por instituições, e que a patologia luta para encontrar um ambiente no qual possa restabelecer novas normas”. Nos diálogos que tive com Galego foi possível notar relações que envolveram muitas marcas de sua visão religiosa/espiritual. Além disso, notou-se que sua trajetória por diferentes instituições de saúde acompanhava a elaboração de discursos contendo elementos do âmbito religioso/espiritual como expressão da sua singularidade.

A captura dessas considerações por meio do descentramento de nossas lentes, da doença e do indivíduo às relações que envolvem a pessoa, nos ajuda a compreender melhor o processo de desencadeamento dessa crise vivenciada por esse interlocutor. Na perspectiva de Galego, o modo religioso/espiritual de vivência de eventos do seu cotidiano, seja como possibilidade explicativa ou como forma de enfrentamento de problemas, não se apresentava de forma dissociada do modelo biomédico. Apresentava-se, entretanto, constituído por um emaranhado, envolvendo elementos do âmbito biomédico e religioso/espiritual, onde havia fatores de ameaças e proteção à saúde, interpretados à luz de concepções religiosas/espirituais. *O mal, o inimigo, o pecado, a cura, a repreensão em nome de Jesus*, dentre outras concepções, estavam, concomitantemente, conectadas à *crise, aos remédios e aos médicos*, como alguns agentes das instituições de saúde.

Não se percebendo como pessoa religiosa e, sim, que *crê na Palavra de Deus porque religião não salva ninguém e, sim, a fé em Nosso Senhor Jesus Cristo*, embora já tenha frequentado espaços religiosos de outras denominações evangélicas, Galego prefere permanecer em sua atual igreja. Aspectos de cura dos problemas de saúde compõem um dos fatores que contribuem para esta preferência em evitar, no momento, qualquer trânsito religioso. Em suas palavras: *Têm igrejas aí que prega que Jesus tem que sarar, sabe? Só sara com Jesus, na fé em Jesus. Mas a minha prega que Deus deixou os médicos aí pra cuidar da gente, entendeu?*

Explicou-me que não concorda com a prática de algumas pessoas ligadas a determinadas denominações religiosas que orientam suspender o tratamento médico a partir da utilização de elementos que simbolizam a fé. Mesmo crendo que *Jesus sara*, Galego disse não aderir mais a sugestões de suspensão de tratamento biomédico sem a orientação de profissional de saúde e concordância de seus filhos, pois quando seguiu esta recomendação acabou tendo uma experiência negativa, como a narrada a seguir:

*A mulher me fez eu passar vergonha lá, uma cristã, que eu fui visitar uma igreja. Quando ela viu eu com uma pacoteira de remédio, ela falou: o que é isso, rapaz? Tem que procurar se libertar, tem que se libertar. Aí eu fui fazer isso, fui parar de tomar o remédio e aí sobreí.*

Em determinado momento de nossa conversa, Galego, após breve período de silêncio, afirmou saber que precisaria *usar os remédios para o resto da vida*, pois várias vezes tentou deixar de usá-los e *deu crise*.

Embora já tenha procurado diversas igrejas em busca da cura de seu problema de saúde, fazendo campanhas neste sentido, considera que não encontrou cura nenhuma nas

instituições que buscou. Galego me explicou que cura é *estar com uma enfermidade e a enfermidade sarar, ser sarada, ser cicatrizada*. Considera que isso é algo que ainda não percebeu acontecer em sua vida, pois, sem o uso de medicamentos, associado ao cuidado do âmbito religioso/espiritual, o seu problema de saúde continuava presente, como uma ferida não cicatrizada. Para ele saúde é se cuidar, tomar o remédio certo. Desta sorte, ele avaliava importante para a sua saúde tanto os aspectos religiosos/espirituais quanto os da biomedicina.

A vivência empreendida com Galego demonstrou que a utilização dos medicamentos, a oração e leitura bíblica conformavam o modo como ocorria o processo de cuidado, cotidianamente, operacionalizado por ele. Tal conformação contribuía para que ele alcançasse condições de manter o convívio social com as pessoas que fazem parte da sua vida, seja no grupo de amigos do futebol, nas partidas de jogos no CAPS, na comunidade religiosa que frequentava e entre seus familiares. E, também, possibilitou a visualização da possibilidade de retorno às atividades laborais, em um ambiente saudável, um dos grandes objetivos de sua vida.

Em seu relato, expressou que achava importante que o CAPS tivesse um espaço disponível para que as pessoas em acompanhamento pudessem falar sobre aspectos religiosos/espirituais e demarcou a crença de que *religião não salva, Cristo é que salva*. Ele exemplificou essa convicção, citando uma das passagens bíblicas que mais lhe chamava a atenção, como ele disse, *dentre os inúmeros milagres, do Nosso Senhor Jesus Cristo: Lázaro, que ressuscitou, com quatro dias de morto, já cheirando mal*.

Em uma das ocasiões em que conversamos sobre sua história, Galego narrou alguns fatos que aconteceram na sua vida e revelou como as experiências religiosas/espirituais afetavam sua condição de saúde. Dentre os diversos aspectos que me chamaram a atenção em seu relato, houve a afirmação de que, para melhorar sua saúde, buscava a igreja em que congrega como espaço de referência fora do CAPS. Nessa igreja, ele *vê Deus abençoando, sente Sua presença, em seu coração, quando ora e O vê, falando em sua mente e coração*. Ainda na mesma instituição religiosa, apreendeu versículos bíblicos que utilizava em situações de dificuldades, como aquelas em que os *pensamentos ruins* lhe incomodavam:

*Fico citando versículos bíblicos, entendeu? Como: Lâmpada para os meus pés é a Tua palavra, luz para os meus caminhos. É Salmos 119, versículo 105, entendeu? Aí tem: Pode uma mãe esquecer dos seus filhos que cria, na sua amamentação que se esqueça? Ainda que ela esqueça, Eu não me esquecerei de ti. Isaías 49:15, entendeu? Aí vou gravando esses versículos, vou citando aquilo na mente e, mesmo se eu estiver sem a Bíblia aqui, vou meditando, entendeu? Aí, eu me sinto, me sinto bem.*

Galego prosseguiu me contando sobre vários episódios de sofrimento que ocorreram em sua vida. Foi extremamente marcante para mim o relato sobre a situação em que planejou cometer suicídio. Contou-me os detalhes do planejamento e disse-me que não efetivou este propósito porque se lembrou de Deus pouco antes de executar aquele plano. Atribuiu este comportamento extremo de angústia e desespero com que se deparou às marcas de atitudes realizadas no passado, vistas por ele como pecado. Aquelas atitudes repercutiam na sua mente como algo cujo teor acusatório, proveniente do “*inimigo*”, atrapalhava sua saúde, como uma “*guerra na mente*” que precisava lidar, constantemente, como me explicou: *Fica Satanás falando comigo: Se jogue, se jogue, se jogue, pra eu me suicidar, sabia?*

Galego prontamente revelou como tem conseguido não efetivar o comando daquelas “*vozes*” que lhe incentivam a se prejudicar: *Repreendo, fecho o olho e repreendo, passo direto do coisa e repreendo. Em nome de Jesus, está repreendido Satanás.*

Dizia que, diversas vezes, recorria a passagens bíblicas do Salmo 91 nesses momentos de angústia e sofrimento. Estabelecia, assim, uma relação direta com a palavra de Deus, como forma de não concretizar os pensamentos negativos que passavam por sua mente. Galego avalia que, atualmente, tais pensamentos suicidas não estão ocorrendo como antes e acredita que há dois fatores decisivos para essa mudança: *Jesus Cristo e os remédios.*

Deste modo, evidenciou-se que, em sua concepção, a conexão com Jesus Cristo e o uso de medicamentos são fatores que, juntos, contribuem para o seu bem-estar e à não obediência ao comando das “*vozes*” que lhe incentivavam cometer o suicídio. Tais modos de vida expressam agenciamentos que produziram “*transformações corporais importantes*” (Tavares, 2013, p. 262) e efeitos positivos em sua capacidade de encontrar caminhos para lidar com a “*guerra na mente*” e com o que *Satanás fica falando*. A noção de agenciamento, conforme Zourabichvili (2004), é perceptível nas relações de conveniência entre Galego e os versículos da Bíblia, sua igreja, Jesus, seu próprio corpo, de olhos fechados e enunciando repreensões ao “*inimigo*”, além de outros elementos desta rede. Essas relações produziram conexões, resultando em práticas de cuidado essenciais à manutenção da saúde dele, a partir da invenção de novos modos de enfrentamento do processo de adoecimento.

Contudo, na igreja em que congregava, Galego não se sentia apto a participar de alguns ritos, como a *Santa Ceia*, uma vez que ainda não havia conseguido se divorciar da primeira esposa e, assim, oficializar o seu casamento com sua atual companheira, condição que o desabilitava a sentir-se apto a participar daquela celebração. Este aspecto religioso, com implicações em sua saúde, foi descrito por Galego como algo que gerava sofrimento em sua vida.

Essa era a primeira vez que Galego relatava tal situação a algum profissional do CAPS. Ele destacava a percepção de que estava em pecado e, sem poder participar de todas as atividades da igreja, lhe *doía o coração*. Porém, me confidenciou que não procurou seus líderes religiosos a fim de encontrar alguma orientação acerca deste problema. Percebi em seu olhar que “doer o coração”, mais que uma simples metáfora, tentava expressar o quanto não participar da Santa Ceia e de outras atividades da igreja, restritas àqueles que se percebiam em comunhão, prejudicava seu estado emocional.

Outra experiência espiritual com entrelaçamentos ao seu processo de adoecimento ocorreu quando ainda trabalhava no posto de combustíveis. Ele sofrera *três dores insuportáveis*. Descreveu-me como *uma dor do lado, que não sabia se era de rim ou coluna, uma na junta e outra no dente*. Sem ter condições de ausentar-se do trabalho, relatou que a única ação que pôde fazer foi orar, pedindo a *Jesus Cristo* que o ajudasse naquela situação: *Eu orei, clamei sozinho, lá, de madrugada. Orei, clamei em nome do Nosso Senhor Jesus Cristo. Oh Senhor, eu sei, Senhor, que eu não mereço, mas tenha compaixão de mim, Senhor, me liberta dessa dor, eu não aguento mais, Pai*.

Depois de realizar esta oração, Galego teve a iniciativa de arrancar o dente com a mão, e conseguiu terminar o serviço, após sentir alívio daquelas dores que lhe afetaram durante seu plantão. Naquele momento, somente conseguiu vislumbrar a possibilidade de resolução das suas aflições com auxílio do *Pai*, através de uma oração em forma de clamor a Jesus Cristo, diretamente realizada no sentido de alcançar a libertação do seu sofrimento. Disse-me que, após esta experiência, ficou mais de um mês sem sentir dores físicas e sem precisar ir à UPA tomar injeções, enquanto aguardava o setor de regulação autorizar a colecistectomia.

Neste episódio, torna-se perceptível que oração emergiu, mais uma vez, como estratégia de cuidado, através da qual o socorro do *Senhor* foi invocado, com elementos narrativos que demonstram uma posição de humildade do interlocutor, em vista da obtenção do favor de Deus.

Assim, na visão de mundo de Galego, a relação direta com Deus, com Jesus Cristo e com a palavra contida na Bíblia foram os principais elementos que utilizava nas situações de sofrimento, em associação aos cuidados biomédicos. Ele acreditava que todos estes recursos eram fundamentais para sua saúde, seu bem-estar e sua autonomia enquanto pessoa, estabelecendo uma ética de cuidado que buscava integrar os diversos âmbitos da sua vida, como forma de superar o que chamava de “*guerra na mente*”.

#### 6.4 SÔNIA

Percebendo-se como mulher, “*negra cafuza*”, solteira e tendo concluído o ensino médio, Sônia, à época com 65 anos, sobrevivia com uma aposentadoria de um salário mínimo e identificava a *Igreja Adventista* como sua religião. Sônia e Galego, interlocutor apresentado anteriormente, fazem parte do primeiro grupo de pessoas acolhidas no CAPS, assim que esta Unidade de Saúde foi inaugurada, em 2007.

Mesmo com sua limitação visual, Sônia comparecia ao CAPS quase todos os dias da semana, interagindo bastante com profissionais e outras pessoas em acompanhamento. Sempre usando um vestido longo, às vezes, com uma bengala guia, como apoio ao seu deslocamento, sandália rasteira, cabelos curtos e parcialmente brancos.

Explicou que gostava de participar das oficinas que o CAPS ofertava, principalmente a “*Oficina de Mulher*”, porém com a pandemia de COVID-19 e problemas estruturais neste serviço muitas oficinas deixaram de ser ofertadas e, sem este recurso terapêutico, disse que agora só *sente vontade de deitar, ficar deitada, deitada, deitada, nos dois vãos* que divide com sua filha e quatro netos.

Bastante entrosada com a vida comunitária local, Sônia é conhecida por grande parte dessa população, uma vez que participou dos primeiros estágios da formação do seu bairro. Por essa razão, apresenta um trânsito fluido por diversos espaços sociais, conhecendo suas dinâmicas de funcionamento e usufruindo de boas relações pessoais.

Sônia contava com frágil apoio familiar para a administração de medicamentos e outros processos relativos ao seu cuidado. Por isso, a partir do PTS, quinzenalmente, dispensamos seus medicamentos de forma individualizada, a fim de monitorarmos o tratamento. Assim, aproveitávamos esses encontros a fim de nos mantermos informados sobre sua saúde e os acontecimentos de sua vida fora do CAPS.

Não raramente Sônia trazia livros que tratavam sobre aspectos religiosos, alguns dos quais doou ao acervo do CAPS. Percebia-se que os assuntos relativos ao âmbito religioso faziam parte de sua conversa com outras pessoas dessa Unidade de Saúde, com as quais argumentava sobre sua crença e testemunhava suas experiências. Dentre tais experiências, nos chamou a atenção as estratégias, criativamente adotadas, para a implementação do seu cuidado.

Sônia constantemente nos confiava fatos da sua infância, seu cotidiano, sua condição de saúde, a resistência ao uso de medicamentos, as dificuldades financeiras, o convívio com suas netas e com as pessoas da instituição religiosa que frequentava. Tais

circunstâncias despertaram minha atenção, no sentido de também convidá-la a se tornar uma interlocutora desta pesquisa. Entretanto, na vivência em curso, avalio que Sônia se tornou mais do que, simplesmente, uma interlocutora, e sim, uma grande amiga, cujos abraços compartilhados revelavam sentimentos de cumplicidade, respeito e admiração maiores do que muitos olhares poderiam revelar.

Sônia disse acreditar que religião é algo *sagrado, separado*, em que a pessoa deve se dedicar apenas a Deus. Para ela, as crises ocorrem ao se misturar religião com outros aspectos da vida. Em sua concepção, para alcançar a cura faz-se necessário não misturar a religião com outras coisas, obtendo, assim, a possibilidade de *não ter crise, ficar firme e ser considerada uma pessoa normal*.

Ao mesmo tempo, ela defendia que *ciência deve andar junto com religião*, como declarou: *A ciência sem religião é cega, e a religião sem ciência também não presta*. Argumentava, assim, que os aspectos concernentes ao âmbito científico e religioso seriam indissociáveis, ocupando o mesmo nível de importância na sua vida prática. Considerava que tanto a ciência quanto a religião somente seriam capazes de enxergar, adequadamente, os fenômenos que as circunscrevem se os saberes produzidos por cada uma delas estivessem integrados.

Sônia expunha a centralidade de *Jesus Cristo* na prática religiosa/espiritual que costumava buscar, no sentido de melhorar a sua saúde. Através da frequência aos cultos para ouvir pregações sobre Jesus Cristo conseguia se sentir bem e não ter medo da morte, pois afirmava crer que ressuscitará quando Ele voltar, perspectiva que a motivava se manter alegre: *Eu busco a Jesus Cristo e me sinto muito feliz com Ele. Sinto paz, sou feliz, apesar dos pesares, apesar dessa luta toda, sou feliz com Jesus*.

A instituição religiosa que frequentava era vista por Sônia como imperfeita, pois era composta por gente e, em sua ótica, *onde tem gente, tem defeito*. Por outro lado, sentia satisfação em participar das reuniões da igreja, pois tinha a oportunidade de aprender sobre os mandamentos de Deus e a respeito de alimentação saudável.

Em nossas conversas, Sônia mais de uma vez defendeu a convicção de que seu sofrimento guardava relação com as violências que sofreu durante a sua infância, após a perda de sua mãe, quando seu pai a enviou para morar em um terreiro de candomblé, onde teria sofrido maus tratos, até o dia em que fugiu daquele espaço.

Outras memórias relativas a esse contexto de sofrimento foram expressas por Sônia:

*Esse problema de saúde que eu tenho, eu trouxe lá do candomblé porque eu ficava lá, fui muito humilhada, muito maltratada, então eu fiquei com problema. As pessoas me tratavam muito mal. Me levantava falso, era uma coisa fora do comum.*

*Então eu fiquei... eu fiquei toda atrapalhada. O mal trato era tão grande que eu dei pra mijar na cama.*

Estes eventos foram apresentados por Sônia, sequencialmente, sugerindo que sua percepção acerca do seu processo de adoecimento estava intimamente associada a estes acontecimentos ocorridos no início de sua vida, período em que se sentiu *massacrada*. Apesar de não se considerar candomblecista, desde aquela época, participava dos cultos no terreiro, onde era chamada de Ubaitaba, mas, diferente das outras pessoas, não tinha *santo* e por isso lhe diziam: *Ubaitaba não tem santo porque é do diabo*.

A ruptura de laços familiares e os maus tratos sofridos na infância teriam sido eventos promotores do desenvolvimento de seu sofrimento mental. Ao mesmo tempo, a sua luta pela libertação das situações de violência que referiu ter vivido a impulsionou a fugir dos locais onde não se sentia bem, mesmo diante do medo de acabar não encontrando um local melhor para habitar. Uma possível análise sobre as relações entre a “biografia de uma doença” (Das, 2023a), vivenciada por Sônia, na qual ficou *toda atrapalhada*, e os entrelaçamentos religiosos/espirituais que constituíram esta trajetória, pode revelar a influência das “condições de pobreza” (Das, 2023a, p. 139) no curso de seu adoecimento, implicando na exposição a vulnerabilidades sociais e eventos negativamente marcantes em sua vida, como prováveis fatores de agravamento do seu sofrimento (Kleinman, 1997).

Já adulta, não procurou de imediato tratamento dos problemas de saúde mental que enfrentava. Ao invés disso, preferiu buscar igrejas evangélicas com a intenção de se tornar pregadora, até que passou a frequentar, em meses intercalados, o hospital psiquiátrico, por estar *misturando religião com trabalho*, antes de ser acolhida no CAPS.

Sônia avaliou esses períodos de instabilidade que às vezes ocorriam em sua vida utilizando as seguintes palavras: *Eu não percebo quando não estou bem. Eu simplesmente vivo aquilo como se fosse normal*. Recorda que, quando passava por situações de crise, ficava com muita alegria, sentia vontade de sair pregando, discursando, como ocorreu na vez em que subiu em um carro e começou a pregar. Disse-me que a sua doença se manifestava de forma *traíçoeira*, como se estivesse tendo uma visão: *Achava que era espiritual*. Todavia, depois de passada a crise, refletia que estes sintomas traíçoeiros marcavam o momento em que *a doença está chegando*.

Sônia relatou que ao passar por situações de crise geralmente começava dar muita ênfase aos aspectos religiosos, assumindo a missão de pregar e evangelizar as pessoas, com uma veemência que não ocorria em outros períodos de sua vida. Compartilhou a percepção de

que, *quando está dopada*, dialoga a respeito destes mesmos assuntos de maneira menos impetuosa.

Sônia referiu ter como ética de cuidado alguns pilares que denominava como *oito remédios da natureza: alimentação saudável, exercício físico, repouso, fé em Deus, água, sol, ar, temperança*, sendo esses, na sua visão, igualmente importantes para uma vida com mais saúde. Assim, em sua concepção, os aspectos relativos à religiosidade/espiritualidade não se sobressaem às demais esferas que compõem o cuidado integral da saúde, devendo todos estes pilares ser devidamente observados, como sugere a “lógica do cuidado” (Mol, 2008), ao compreender o cuidado como um processo fluido, interativo e em permanente processo de reconfigurações.

Para ela, *saúde é estar 100% bem, da mente, físico, emoções e espiritual*. Acredita que alcançar esse nível de saúde *é impossível, nesse mundo de hoje*. Já a sua concepção de cura foi descrita com as seguintes palavras: *cura é ficar livre da doença. É a pessoa se abster do que não presta. É abandonar o que prejudica a saúde e fazer o que é certo*.

Quando Sônia vinha ao serviço de farmácia do CAPS para falar comigo sobre seu tratamento, fazia notória a sua insatisfação em ter que utilizar medicamentos alopáticos, fato que não escondia de ninguém. Ainda assim, dizia manter o uso regular dos medicamentos prescritos para o controle da pressão arterial e dos sintomas psiquiátricos. Contudo, frequentemente, negociava com sua psiquiatra os medicamentos que estava disposta a utilizar. Certo dia, Sônia me explicou: *Antes, quando eu não orava os remédios, eu esquecia de tomar ou tomava muito, depois que passei a apresentar a Deus, antes de tomar, eu não esqueço não. Eu detesto esse haldol!*

Uma solução para o impasse relativo ao tratamento farmacológico, encontrada de forma bastante singular por Sônia, agenciando o seu cuidado, consistiu justamente em usar a oração para demarcar a frequência de uso dos *remédios*. Adicionalmente, a oração a Deus contribuía para que se sentisse mais segura em relação aos prejuízos potenciais relacionados ao uso dos psicofármacos à sua saúde. Esta estratégia explicitou a potência efetiva que um dos aspectos da “lógica do cuidado” (Mol, 2008), ou seja, aquilo que fazemos e não a nossa vontade, empreendida ativamente por Sônia, através de “relações que fazem fazer” (Tavares, 2017, p. 201) é capaz de gerar. Ao mesmo tempo em que a apresentação dos *remédios*, através da oração a Deus, fazia fazer o efeito esperado (evitar a chegada da doença), modulava, também, a orientação desse efeito, evitando os efeitos indesejados (embaralhamento do pensamento) e conformando um fazer orientado.

A preocupação dos profissionais do CAPS em relação ao manejo farmacológico da situação de saúde de Sônia tinha relação com um período em que ela buscou viver um estilo de vida naturalista. Seguindo orientações de alguns integrantes da sua religião, ela resolveu suspender o uso dos psicofármacos. As consequências dessa atitude repercutiram na saúde mental dela, a ponto de ficar perdida nas ruas de Salvador, expondo-se a riscos, até ser encontrada por sua família, necessitando de internamento em hospital psiquiátrico e intensificação de cuidados da equipe do CAPS, após a alta hospitalar.

Em sua relação de cuidado com sua TR, pessoa que, durante a entrevista concedida, enfatizou se reconhecer como materialista e comunista, costumava dialogar a respeito da palavra de Deus, apresentando seu ponto de vista concernente aos aspectos religiosos que acreditava. Os diálogos que desenvolvia com sua TR, ainda que divergentes das suas concepções pessoais, não eram percebidos como fatores que prejudicavam a sua saúde.

Todavia, houve outra situação no CAPS em que percebi o quanto estava aborrecida, por questões ligadas à sua crença religiosa. Sônia havia trazido alguns exemplares de um livro de Ellen White, intitulado “O Grande Conflito”. Colocou um daqueles exemplares no armário de livros disponíveis para leitura no CAPS e doou os demais para alguns profissionais presentes naquela ocasião. Certo dia, não encontrando o exemplar no armário de livros, se queixou a mim, dizendo: *Por que tiraram o livro de lá? Uma pessoa que faz tratamento aqui me disse que achava que não deveria ter aquele livro lá porque eu queria impor a religião.* Então, acompanhando-a até a área onde fica o armário de livros, procuramos juntos pelo exemplar e o encontramos guardado no mesmo local em que deixou.

As situações descritas nos dois parágrafos anteriores retratam o quanto aspectos religiosos/espirituais atravessam não apenas a vida das pessoas fora do CAPS, como também as relações que se dão dentro desta Unidade de Saúde, tanto no que diz respeito às interações profissionais-usuários, quanto usuário-usuário, sem excluir aquelas entre profissional-profissional.

Em um de nossos encontros no CAPS, Sônia me revelou que percebia esse serviço como um local onde, predominantemente, identificava profissionais adeptos do espiritismo e do candomblé, sendo poucos os cristãos. Por isso, no seu entendimento, as práticas de profissionais do CAPS *caminham*, prioritariamente, segundo as respectivas éticas religiosas de cada um deles, o que a faz se sentir *sem apoio* para falar sobre os aspectos de sua fé. Além disso, referiu a sensação de que o cristianismo era muito criticado no CAPS, embora isso não afetasse sua saúde.

## 6.5 PATRÍCIA

Patrícia, aos 39 anos, se autoidentificava como pessoa “*branca e morena*”. Concluiu o ensino médio, declarou não ter nenhuma religião e que a renda de seu núcleo familiar é em torno de dois salários mínimos. Na ocasião da nossa entrevista estava solteira e desempregada. Em todo o trabalho de campo, Patrícia foi a pessoa que mais vezes conversou comigo sobre sua saúde, pois, habitualmente, quando chegava ao CAPS tinha alguma história para compartilhar, atualizando os eventos de sua vida. Grande parte de suas vindas ao serviço não se limitavam a atendimentos agendados, sendo, majoritariamente, determinados por suas próprias necessidades de escuta e atenção dos profissionais desta Unidade de Saúde.

Nossa vinculação se tornou mais intensa, a partir do momento em que uma das terapeutas ocupacionais do CAPS (que também era sua TR) solicitou meu apoio para a individualização dos medicamentos de Patrícia. Essa estratégia visava melhorar sua adesão ao tratamento farmacológico e a diminuição do risco de um uso abusivo, pois Patrícia tinha dificuldades na compreensão dos horários e modo de utilização dos medicamentos prescritos. Além disso, ela dispunha de pouco apoio familiar em relação ao seu tratamento farmacológico, principalmente por parte de sua mãe, que a desmotivava quanto ao uso da totalidade dos medicamentos indicados pela psiquiatra, elegendo medicamentos para o uso.

Os encontros iniciais que tivemos eram repletos de narrativas de perseguição, referências à audição de vozes, conflitos familiares, uso abusivo de medicamentos e dificuldades na realização de atividades cotidianas, inclusive o cuidado de sua filha caçula, que teria por volta de dois anos. Diferentemente dos demais interlocutores, as questões religiosas/espirituais não emergiram desde o começo de nosso contato, mas, foram aparecendo à medida que Patrícia foi aderindo às estratégias de cuidado propostas em seu PTS, que buscavam ampliar sua autonomia e o convívio social.

Desta forma, significantes como “*cura*”, “*Deus*”, “*igreja*”, “*experiência*”, “*fé*”, “*fanatismo*”, “*vestimentas*”, “*espíritos*”, dentre outros, passaram a constituir parte expressiva do seu discurso no CAPS, quando inquirida acerca de seu status de saúde. Uma retórica que envolvia desde a presença de personagens humanos, como o diácono e uma irmã da igreja, a quem ela procurava em momentos de dificuldades, e seu irmão consanguíneo (que é pastor) e até de não humanos, como o “*anjo*” que lhe apareceu em um culto e o “*espírito de loucura*” que a afligia. Assim, a conexão entre esses elementos e seu processo terapêutico produziu interlocuções à pesquisa e também para o desenho assistencial do CAPS.

Os relatos trazidos por Patrícia situavam-se em dois contextos temporais distintos, que se dirigiam ao período anterior e posterior à sua adesão e congregação à igreja evangélica, próxima de sua casa. Antes de se envolver com as pessoas dessa igreja, Patrícia se apresentava no CAPS com muitas queixas de que não estava bem, de que seria vítima de perseguições e fazia uso abusivo de medicamentos, mesmo com a dispensação de medicamentos limitada a curtos períodos de tempo.

E, com seu engajamento na igreja, tanto Patrícia quanto seus familiares, bem como diversos profissionais do CAPS, passaram a perceber o quanto a saúde dela havia melhorado, desde sua participação na dinâmica de atividades daquela instituição religiosa.

Fora no mês de fevereiro de 2023 que Patrícia me abordou na recepção do CAPS para contar como havia sido a sua recente reconciliação na igreja evangélica, algo que considerou ter influência em sua saúde mental:

*Eu tenho uma novidade para te contar. No domingo eu me reconciliei com Jesus, na igreja. Foi forte. E quando eu fui na quarta agora tive uma experiência. Um anjo, alto, loiro, com cabelos no ombro, veio até a mim com os braços abertos e me abraçou. Aqueles pensamentos que iam me matar saiu de dentro de mim. A minha alma saiu ao encontro dele e foi de verdade. Eu sou macaca veia de igreja e sei quando é verdade. Vou dar o meu testemunho no altar. Estou me sentindo bem.*

A sua reconciliação com *Jesus* foi descrita como fenômeno significativo em sua vida, demarcando a renovação do compromisso de viver uma vida segundo os preceitos cristãos. A narrativa subsequente, do encontro com um *anjo* de braços abertos, em que os pensamentos de morte saíram “*de dentro*” do seu ser, destacava a referência a mudanças percebidas em seu corpo, tais como uma sensação de bem-estar, proteção e segurança. Essas percepções surgiram após aquele domingo, a partir de conexões envolvendo a agência de humanos e não humanos.

Patrícia relatou que daquele dia em diante deixou de frequentar festas em que costumava *perder a noite*, modificou também seu modo de se vestir, passou a cuidar da higiene e buscou dar *bons testemunhos* às pessoas, principalmente, à sua família. Tais mudanças experienciadas refletiram em seu modo de cuidar de sua saúde mental. Percebemos, naquele período, que passou a vir ao CAPS sem referir pensamentos suicidas e episódios de uso abusivo de psicofármacos.

Desde então, começou, inclusive, a se perceber mais bonita. Sempre falava sobre sua admiração pela forma como as irmãs da igreja usavam seus vestidos e saltos. Demonstrava preocupação com este aspecto de sua vida, para o qual contou com o apoio de sua família, a fim de que pudesse frequentar os cultos que produziram repercussões em sua saúde, como

afirmou: *Faz ótimo! Estou na nuvem, esqueço problema. Estou na minha. Vou vestir a calça, com salto e blusa branca.* E, mesmo antes de voltar a frequentar a igreja evangélica, Patrícia demonstrava o quanto os aspectos espirituais delineavam o modo como percebia o seu corpo:

*Eu tenho DNA de Deus. O bebê verdadeiro tem o DNA de Deus. Meus filhos têm o DNA de Deus, minha pele vem de Deus. Eu olho para mim e vejo Deus em mim. Essa matéria foi Deus que fez. As meninas perguntam: você é cristã? Eu digo não. Já fui, mas sei de tudo. Eu vejo Deus nas minhas filhas. Deus seja louvado. Não vou à igreja, mas creio que ele está dentro de mim.*

As convicções de Patrícia neste período anterior à reconciliação a Jesus apontavam o seu *DNA* como marca de uma ligação originária a Deus, hereditariamente compartilhada com a sua descendência, reconhecendo sua constituição como criação deste Deus, presente em seu interior. Neste relato a respeito do seu *DNA*, Patrícia utilizou palavras cheias de experiência, emaranhadas à ciência (*DNA*), para expressar sua visão sobre a constituição do humano, proporcionando-nos um profundo contato com a vida (Das, 2020, p. 29).

Buscando manter a regularidade na participação nos cultos, desejava que Deus a ajudasse a conquistar sua casa própria, para que tivesse maior liberdade, condição que, morando na residência de sua mãe, não tinha de forma plena. Em um de nossos diálogos, afirmou que não se sentia confortável para orar em casa, porque as outras pessoas ficavam observando o que estava fazendo. Não gostava que tirassem seus pertences do lugar, principalmente sua Bíblia.

A revelação, aos profissionais de saúde, a respeito dos motivos que acreditava estarem influenciando o seu novo estilo de vida, destacava que aquela reconciliação com Jesus não havia sido um momento pontual, episódico, ligado a alguma alteração psíquica de seu problema de saúde, mas, sim, uma decisão que teria operado uma “*plástica*” interior e exterior.

Uma das terapeutas ocupacionais do serviço teve o seguinte diálogo com Patrícia, na recepção do CAPS:

- *Patrícia, você está ótima!* - disse a profissional.
- *Sabe o que é? É Jesus! Fiz a plástica.* - respondeu Patrícia.
- *Glória a Deus! E sua filha, como está?* - perguntou a profissional.
- *Está ótima.* - respondeu Patrícia.

Nesse mesmo episódio, vendo sua psiquiatra na recepção, expressou que desejava compartilhar essa experiência vivida durante a consulta agendada para aquele dia, mas ouviu a orientação da médica de que deveria conversar, sobre esse assunto, com a assistente social.

Patrícia considerava que os conselhos do diácono/presbítero da igreja que frequentava eram muito importantes para ajudá-la a tomar decisões diante dos problemas que enfrentava no seu dia a dia. Algumas vezes, em nossas conversas, relatava-me que, após sair do CAPS, iria procurá-lo para pedir orientações a respeito de diversos aspectos de sua vida. Um dos conselhos que obteve deste líder foi o de não se permitir ser usada por um sobrinho para levar drogas para sua casa. Outras orientações consistiam em manter o tratamento no CAPS e as leituras da Bíblia, como forma de cuidar do âmbito espiritual e físico. Seguindo estas sugestões, Patrícia realizava leituras diárias do livro de Salmos, pela manhã, juntamente com um período de oração. Disse-me, porém, que tem falhado na leitura da sua Bíblia, devido ao tamanho das letras, difíceis de enxergar, em seu exemplar deste livro.

Com o adensamento de sua vivência e experiências na igreja, expressou planos de se batizar e se tornar missionária, assim como as irmãs de outras igrejas que frequentou anteriormente lhe diziam que iria acontecer em sua vida. Declarou-me que, no momento, não tem pensado em namoro, focando em desenvolver sua cabeça, seu corpo, seu coração, tornando-se uma *Patrícia normal*, que pode, no futuro, se envolver com homem bonito ou um empresário.

Intrigado sobre o que considerava ser uma *Patrícia normal*, perguntei-lhe o que significava essa condição. Ela me esclareceu que se tratava de voltar a ser a Patrícia identificada pelas pessoas de seu bairro, considerada a menina mais bonita, antes da *fraqueza mental* que a atingiu, aos quinze anos, quando precisou utilizar medicamentos psicotrópicos, mantidos até hoje. Referiu que tem fé para voltar a ser a Patrícia de antes e explicou-me que *fé é a certeza daquilo que não se vê. Entra no coração e fica pipocando*.

Assim, embora tenha experimentado vivências de *poder, milagres e revelações* em sua igreja atual, ela não parou o acompanhamento multiprofissional no CAPS, sendo incentivada pelos seus líderes religiosos a manter o uso dos medicamentos. Ao contrário, era por influência de alguns componentes de sua família que ela deixava de seguir o tratamento prescrito pela psiquiatra, pois, na opinião deles, ela fazia uso demasiado de *remédios*. Mas, em seu relato, Patrícia destacava a relação entre o tratamento farmacológico e a busca por Deus: *Eu creio que o remédio é Deus, crendo na medicina. Buscando a Deus na igreja e, é maluquice minha, mas creio no remédio também*.

Certo dia, contou-me que acreditava que sofria de um “*espírito de loucura*”, que saía e voltava do seu corpo e era submetido às orações de outras pessoas a seu favor.

Para Patrícia, o saber biomédico e a ação de Deus, no âmbito da medicina, mais especificamente em relação às intervenções farmacológicas, não se apresentam dissociados,

nem carregam conflitos morais, havendo, do contrário, conexões que implicam em sua adesão ao uso de medicamentos. Podemos notar elementos desse pensamento através de suas próprias palavras: *Deus age nos médicos. Então Deus agindo nos médicos, Deus vai agir onde eu tô. Não posso parar de tomar os remédios. Eu acredito que Deus age nos remédios. Eu acredito, Senhor da Paz. Deus age na medicina? Age. Eu acho tão lindo.*

Ainda sobre o tratamento farmacológico, Patrícia afirmava crer que, embora a psiquiatra tenha dito que precisará tomar remédios até a morte, *Deus pode entrar com providência e fazer o extraordinário* em sua vida, já que *Deus é Deus*.

A concepção de que o seu adoecimento se relacionava com aspectos espirituais e o pensamento de que os *remédios* poderiam auxiliar na resolução dos problemas de saúde estavam imbricados com a noção de cura que nos apresentou em uma conversa informal: *Cura é vida, não é todo mundo que tem essa cura, tem que agarrar com todo o coração. Cura é Deus!* Assim, para Patrícia, a cura é comparada, ao mesmo tempo, à vida e a Deus, *remédio* necessário para que possa *estar curada 100%*, sentindo que seu corpo, sua *matéria*, está bem. Sua percepção a respeito de saúde foi apresentada nos seguintes termos: *saúde é vida, vida abundante, assim como o Bispo Edir Macedo fala.*

Entusiasmada com as experiências espirituais que vivenciava na igreja, comumente chegava ao CAPS, testemunhando, na recepção, sobre suas percepções aos profissionais presentes, inclusive sua psiquiatra, porém encontrava certa dificuldade em contar com a disponibilidade das pessoas para dar atenção aos seus relatos.

Uma vez me contou que foi até a frente do altar de sua igreja com outras pessoas para receber oração, e a pastora entregou-lhe uma mensagem dizendo: *Patrícia, Deus manda te dizer que ninguém dá nada por você, mas Ele dá tudo e vai te abençoar.* Ela recebeu essa mensagem identificando que fora a única a ser chamada pelo nome, e sentiu renovado seu propósito de voltar a ser o que era antes de adoecer.

Quando questionei o que significava Deus para Patrícia, ela me respondeu com a seguinte afirmação: *É tudo pra mim.* E acrescentou que O percebe como aquele que precisa ter perto de si para não sair com *feridas*, uma vez que às vezes *passa pela sua barriga que vai se matar*, mas logo percebe que não é isso, desde que se mantenha, *vigiando*, em oração e na leitura da Bíblia.

Patrícia expressava que a conservação desse estilo de vida, em conexão com os aspectos religiosos/espirituais, tinha profunda ligação com as formas de cuidado que estabelecia para si, inclusive em situações de maior risco para sua integridade física.

Reconheceu Deus, a leitura de Salmos e a oração, como meios de alcançar a proteção contra os pensamentos ruins que poderiam gerar *feridas*.

Interessando-me persistentemente por suas histórias, e em saber que tipos de relações permeavam seu processo de saúde-doença-cuidado, sempre que possível procurava ouvi-la, o que fez nosso vínculo ser fortalecido cada vez mais. Desse modo, Patrícia percebia sua TR e eu como pessoas com as quais poderia ter espaço para falar acerca de diversos aspectos de sua vida cotidiana, incluindo o âmbito religioso/espiritual. Quando não marcávamos momentos para que isto pudesse ocorrer, demandava que registrássemos, em seu cartão de marcação de atendimentos do CAPS, o agendamento específico para esta conversa.

Notou-se, também, que as relações sociais desenvolvidas fora do CAPS, por Patrícia, foram potencializadas a partir do convívio com as pessoas da sua igreja, constituindo-se mais uma possibilidade de minimização das queixas apresentadas, ligadas ao humor, embora o incentivo a esta integração não constasse em seu PTS.

Como estratégia de cuidado, sugerimos a Patrícia, certa vez, que participasse da oficina de Lian Gong, mas confessou que não tinha interesse, pois não gostava de expor seu corpo. Outro dia, o musicoterapeuta a convidou para *participar da oficina de música, cantar no karaokê e sambar*. Imediatamente, Patrícia descartou a possibilidade de sua participação nesta oficina, por se tratar de músicas que não eram do “*móvel gospel*”. Naquele instante, passou a cantar: *sabedoria e poder, ó dá-me de beber da água da Fonte da vida* e o musicoterapeuta nos deixou continuar nossa conversa. Então, Patrícia comentou comigo: *Eu me jorro pra Jesus quando eu canto essa música. Ninguém me segura. Me dá poder*.

A coordenadora do CAPS também a chamou para participar das comemorações de carnaval que ocorreriam no serviço, e Patrícia se posicionou dizendo: *Eu agora estou indo para a igreja*. As declarações de Patrícia aos profissionais do CAPS demarcavam, desse modo, que diante de sugestões de participação em atividades, sem o conhecimento prévio do que estava disposta a fazer, restava-lhe explicitar as razões, delimitadas por sua ética religiosa/espiritual, para a não adesão àquelas propostas proferidas pela equipe de saúde.

Patrícia também contou sobre situações que vivenciou em outros espaços religiosos, citando que sua mãe a levou, quando era criança, a um centro espírita para ser curada de asma. Já adulta, foi levada, por outro familiar, a um centro espírita diferente daquele que sua mãe a levou, em uma situação de crise relacionada a sua saúde mental, onde não permaneceu por muito tempo. Ademais, já frequentou diversas denominações evangélicas, o que demonstra aspectos do trânsito religioso que vivenciou.

## 6.6 ELISÂNGELA

Elisângela é uma pessoa de 58 anos que autoidentificou seu sexo como “*normal*” e em relação à sua raça/cor como “*humana*”. Disse ter estudado até a “*quarta série primário*” e que sobrevive com menos de duzentos reais por mês. Não estava empregada, no período em que conversamos, e quando inquirida a respeito do seu pertencimento a alguma religião, afirmou: *Eu vou pra igreja*.

Nossa aproximação ocorreu no seguinte contexto: eu estava na farmácia do CAPS, realizando os processos de dispensação de medicamentos, quando ouvi uma pessoa discursando em alta voz na varanda deste serviço de saúde. Naquele dia, Elisângela estava usando um vestido estampado, tinha um sorriso intenso, um olhar cativante e, segurando uma Bíblia de capa rosa nas mãos, contava impressionantes situações de sua vida às pessoas. Ela versava sobre diferentes assuntos, todos ao mesmo tempo, quase sem dar pausa. Eram histórias sobre sua prática como comerciante de plantas medicinais em uma famosa feira de Salvador, as obras de *macumba* realizadas por pessoas inimigas contra sua vida e do caruru oferecido por sua mãe. Falava também a respeito dos políticos da cidade e das almas de pessoas com as quais tinha contato, nas matas da área onde residia. Ela compartilhava aquela narrativa com todos que aguardavam atendimento, desinibidamente.

Por mais que os profissionais tentassem abordá-la, de modo a fazê-la reduzir a intensidade de sua explanação, as narrativas, proferidas exageradamente, permaneciam com o mesmo grau. Tais circunstâncias me afetaram e desejei me aproximar de Elisângela, a fim de conhecer melhor o seu mundo. Apaixonei-me por seu jeito de ser logo nos primeiros encontros que tivemos.

Aquela mulher tão expressiva havia recebido diagnóstico médico de Transtorno Bipolar e eu, como farmacêutico, acreditava que deveria fazer algo com meu saber profissional para que seu estado de saúde melhorasse. Destarte, iniciei um trabalho de aproximação mais intensa, em conjunto com sua TR, adotando, como recurso inicial, a realização de visita domiciliar, para tentar compreender as relações que configuravam o seu mundo. Aos poucos, o tempo se encarregou de fortalecer nosso vínculo, a ponto de fazê-la sempre me procurar, quer seja para dispensação de medicamentos ou a fim de relatar como foi o seu final de semana. Nessas oportunidades, eu aproveitava para observar as dinâmicas que teciam sua forma de se cuidar e buscava construir estratégias que eu julgava serem adequadas para a resolução de “seus problemas de saúde”. Diante desse contexto, descrevo com mais detalhes o nosso encontro inicial:

Certo dia, Elisângela estava na varanda do CAPS aguardando sua vez de ser atendida pela psiquiatra, e proferiu o seguinte discurso:

*Eu faço parte dessas religiões. Que o meu pai era católico, gêmeos, a minha mãe era gêmeos, a minha mãe rezava santos, imagem de santos. Então, um dia a minha mãe levou o santo pra igreja, quando via meu sofrimento, pequena, ligadinha no rádio, orando como a igreja orava. Aí eu orava, pedindo até uma igreja Universal. Mas que minha mãe via tanto meu sofrimento, que eu saía pra rua, saía, chegava com três dias, era vítima de assalto, em lugares. Me pegava e me escondia em lugares estranhos, quase de dois metros, pra alguém da família de minha mãe pegar. Eu pulava a janela e dizia: Não, se fulano vir aqui, vai me matar. Então, sou o mundo espiritual porque minha religião em Nazaré das Farinhas são um povo religioso e minha mãe dava caruru. E quando ela dava, ela dava com bacalhau por Jesus de Nazaré. Eu fui vítima. Perdi muitos filhos porque eu perdia. A obra de macumbaria até eu grávida. Eu tenho um filho, ele é batista, ele tá lá. Jesus curou uma enfermidade, que meus primos chamava ele de Calazar, mas eu recebi a obra até grávida. Ele, a pele dele, era toda pintada.*

Essa narrativa, constituída por uma linguagem singular, sinaliza uma diversidade religiosa, constituindo algumas fases da vida de Elisângela. Desde então, o sofrimento vivenciado por ela já configurava um contexto em que a oração era prática que ela e sua mãe utilizavam como modo de enfrentamento dos problemas de saúde. Elisângela argumentava que seus problemas de saúde, principalmente aqueles ligados ao processo gestacional, tinham relação com *obras de macumbaria* feitas contra sua vida. Ademais, defendia a convicção de que a enfermidade de um de seus filhos havia sido resolvida por intermédio de *Jesus*.

Refletindo sobre este discurso de Elisângela e outras informações que me contou, comecei a perceber o quanto aquelas palavras, aparentemente desconexas, na verdade, expressavam experiências de sofrimento relacionadas ao abuso sexual sofrido na infância. Esse tipo de evento, muitas vezes silenciado, pode implicar, significativamente, na “biografia de uma doença” (Das, 2023a), identificada por Elisângela como situação em que se percebia *estressada* e, provavelmente, está relacionado com o adoecimento mental que desenvolveu.

Elisângela procurava o CAPS, na maioria das vezes, sem alguém da família (embora, para este serviço de saúde, a presença de uma pessoa de referência poderia agregar na construção do seu PTS) e nossa relação até aquele período se constituía por um vínculo extremamente frágil. Assim, havia certa dificuldade para compreendermos os elementos que se relacionavam à sua situação de saúde. Após avaliação psiquiátrica e aumento da dose diária de antipsicóticos, sua TR e eu decidimos realizar uma visita domiciliar a fim de entendermos melhor as circunstâncias implicadas em seu cuidado.

Elisângela residia em uma casa pequena, com um jardim que ela mesma cultivava, situada ao lado dos imóveis de seus filhos e outros parentes. Ao chegarmos em sua residência, ela nos convidou para conhecermos o espaço onde vivia. Apresentou-nos seu quintal, o

banheiro improvisado no lado de fora da edificação, seu quarto, contendo uma cama sem colchão, a sala, onde havia um sofá e uma cômoda com um pequeno rádio que utilizava para ouvir programas religiosos, à noite. Não havia geladeira, fogão, guarda-roupas, mesa, armários, filtro de água, porém era o seu espaço, ambiente que zelava com muita dedicação. Elisângela dizia que, apesar de ser convidada pelos filhos para morar com eles, preferia permanecer em sua própria casa.

Orgulhosamente, Elisângela nos apresentou alguns de seus netos e, sendo perguntada por sua TR sobre como estava se sentindo, forneceu as informações solicitadas. Contou-nos a respeito da expectativa de reformar a sua casa e comprar alguns móveis que precisava, diante dos “momentos críticos” (Han, 2014) que passava (seus recursos financeiros, limitados a duzentos reais por mês, eram insuficientes para a manutenção da estrutura física de sua casa, pagar transporte, custear tratamentos de saúde que deseja realizar, sem necessitar da ajuda de terceiros). Elisângela nos disse que fazia as refeições na casa de seus filhos e frequentava uma igreja evangélica bem próxima. Na sua rua também funcionava um bar, pertencente a um de seus parentes.

Conversamos com Elisângela no sentido de que participasse das atividades do CAPS pelo menos uma vez por semana, e acordamos que dispensaríamos seus medicamentos ao comparecer às atividades. A proposta foi aceita e articulada na presença de uma de suas filhas, que chegou para participar do diálogo.

Na semana seguinte, Elisângela compareceu ao CAPS trazendo mudas de Capim Santo e Camomila e lhe propus plantarmos aquelas mudas em uma área improvisada para este propósito. Depois daquela atividade, dispensei os medicamentos prescritos pela psiquiatra para o período de uma semana, organizando, em pacotes individualizados, todos os três medicamentos indicados por sua médica (risperidona, prometazina e diazepam). Após também ser escutada por sua TR e interagindo com as profissionais de serviço gerais do CAPS com as quais possuía um bom vínculo afetivo, voltou para sua casa.

Elisângela retornou ao CAPS na semana posterior extremamente diferente: discurso claro, tranquila, sem se queixar de que alguém estaria fazendo alguma *obra* contra sua vida, referindo que estava tomando os *remédios* à noite, cuidando da sua casa e frequentando a igreja evangélica. Estava com o cabelo preso, usando uma blusa rosa estampada e com uma sacola para guardar seus pertences. Naquela ocasião, relatou a percepção que tinha a respeito de como sua relação com Deus implicava, favoravelmente, em sua saúde, tendo a oração como eixo deste aspecto: *Eu oro, eu oro muito, leio a Bíblia. Deus me fortalece mais, eu me sinto mais forte quando eu oro.*

Em outro dia, também falou sobre o efeito das orações sobre seu sono. Considerava que a realização de orações contribuía para que tivesse *uma vida boa, suave, tranquila* e acreditava que somos todos espirituais: *Eu vou pra igreja, recebo oração, durmo bastante. Eu boto a minha cabeça no travesseiro, aí deito, ouço a oração do rádio e aí eu vou dormir.*

Seu discurso, na circunstância de uso dos psicofármacos, evidenciava sua visão de que a prática da oração e a leitura da Bíblia contribuía para que se sentisse mais protegida, fortalecida e conseguisse ter uma melhor noite de sono. Além disso, essas práticas geravam maior tranquilidade e a sensação de uma vida positivamente avaliada. É possível que outros recursos também tivessem ação de fortalecimento em sua vida, mas há o destaque claro para a sua conexão com Deus, através da oração, como fator principal para esta percepção.

A insônia é uma queixa frequente de muitas pessoas que fazem acompanhamento no CAPS e diversas intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, são direcionadas à modificação desse problema. Mesmo com uso de medicamentos, Elisângela afirmava que ir à igreja para receber oração, bem como ouvir as orações em programas de rádio em sua casa, antes de dormir, contribuía para que conciliasse melhor o sono, o que poderia repercutir em outros sintomas que apresentava relação com distúrbios desse aspecto da vida.

A partir do fortalecimento de nosso vínculo, comecei a conhecer melhor as práticas que faziam sentido em seu cuidado, construídas em conexão a elementos do seu cotidiano. Emergiram com mais clareza, então, elementos de um agenciamento constituído por relações entre Elisângela e oração a Deus, leitura bíblica, escuta de orações no rádio, ida à igreja para receber orações, dentre outras que produziam diversos efeitos sobre a vida dela (tranquilidade, força, suavidade, condições para dormir). Apesar destas evidências, seu PTS não agregava sugestão à participação nas atividades da igreja que gostava de frequentar ou outra ação semelhante.

Nas semanas seguintes, entretanto, ela voltou a vir ao CAPS em dias inespecíficos e com discurso contendo elementos como os que identificamos em nossos primeiros encontros, ainda que menos intensos. Certo dia em que conversamos, Elisângela nos contou que suspendeu o diazepam, pois, ao usá-lo, *estava dando mijadeira*. Então, ela resolveu substituir este medicamento por chás, modalidade de terapêutica em que possuía vasto conhecimento, haja vista seu trabalho anterior com vendas de plantas medicinais, na Feira de São Joaquim, em Salvador, Bahia. Através desta atividade laboral, conseguiu obter recursos financeiros para criar seus filhos, após não poder contar mais com o apoio do pai deles.

É possível perceber a referência a elementos religiosos/espirituais agindo através das plantas para a resolução de algum problema acometendo o corpo, segundo sua perspectiva: As

*folhas do banho serve pra Deus aliviar o seu corpo, pra descarregar o seu corpo. Assim, acreditava que elementos da natureza poderiam em conexão com Deus atuar no corpo aliviando problemas de saúde. Ademais, referiu crer que temos anjos da guarda e que as cobras são a justiça de Deus, evitando matá-las quando encontrava em seu terreno.*

Descobri, nesta conversa sobre plantas medicinais, que Elisângela usava os chás para *economizar os remédios*, principalmente, *o tranquilizante de dormir* ou quando sentia problemas como dor de barriga, dor de cabeça, os quais acreditava que poderiam ser manejados, inicialmente, sem a avaliação de um médico, profissional que busca quando *a situação fica pior*.

Estas informações forneciam rastros de como o cuidado estava sendo, cotidiana e criativamente, moldado a partir das suas experiências de vida. Tomo emprestada a concepção de “vida”, elaborada por Das (2023a, p. 142), na qual as relações não se restringem aos humanos, mas englobam também os modos como não humanos, tais como as plantas, anjos da guarda e cobras que Elisângela falou, constituem o meio social e cultural em que os humanos se apresentam. A sua vida com as plantas e outros não humanos oferecia, assim, um modo particular de lidar com o adoecimento, mesmo diante da avaliação médica.

Conversei com a psiquiatra e a TR que a acompanhavam, sugerindo a prescrição de haloperidol decanoato<sup>10</sup>, pois havia percebido que Elisângela apresentava problemas de adesão ao uso oral de medicamentos. Ela possuía uma dinâmica familiar que dificultava a supervisão desta via de uso. A médica aceitou a sugestão e, após explicar à Elisângela e sua filha a indicação daquela injeção, foi realizada a aplicação do medicamento, pela técnica de enfermagem, com sua concordância.

Ao retornar ao CAPS para aplicação da dose subsequente do haloperidol decanoato, notamos uma pequena melhora do seu quadro clínico e percebemos, de forma mais clara em seu discurso, elementos que apontavam para como o cuidado se expressava em seu cotidiano. Um emaranhado constituído por uso de tabaco, álcool, delírio persecutório, conflitos familiares, manutenção da frequência aos cultos da sua igreja, além das intervenções farmacológicas em curso.

Elisângela declarou que, ao mesmo tempo em que fazia uso dos *remédios*, também utilizava outras substâncias. Descreveu-me mais detalhes do seu cotidiano e como participar dos cultos da sua igreja repercutiu em transformações percebidas em seu corpo: *Ontem eu fui pra igreja, quando eu saí da igreja, apaguei a luz. Dormi até de rádio desligado*. Ela

---

<sup>10</sup> Haloperidol Decanoato é um medicamento antipsicótico de depósito, administrado via intramuscular, mediante prescrição médica, indicado em diversas situações envolvendo delírios, alucinações e excitação psicomotora.

resgatava, desta sorte, a ideia de que o efeito da frequência aos cultos da sua igreja teria ações diretas sobre a rotina que costumava executar para conseguir dormir bem.

Nesse episódio, informou que a sensação de bem-estar e segurança gerada com a participação nos cultos foi tão significativa a ponto de ter conseguido dormir sozinha em sua casa. Tal contexto implicou na ausência de necessidade de ouvir o som do rádio e acender as luzes do cômodo em que dormia, estilo de ambiente comumente evitado por pessoas que acreditam estarem sendo perseguidas. Compartilhou que costumava fazer a leitura do livro de Salmos, além de cantar louvor e conversar com os irmãos da igreja.

Segundo as informações que Elisângela nos trazia, ela estava vivendo uma dinâmica de busca religiosa/espiritual e o uso concomitante de álcool, o que interferia no seu processo de cuidado. Ainda assim, avaliou que as intervenções farmacológicas prescritas pela médica a partir da discussão multiprofissional do seu caso, foram positivas: *Tô melhorando com os remédios. Tô me sentindo bem. Aquela injeção foi nota dez, aquela injeção que eu tomei.*

Com a manutenção das aplicações da injeção, os sintomas apresentados por Elisângela foram diminuindo, ao ponto de suas filhas, os profissionais do CAPS e ela mesma perceberem a evolução. Não esperávamos, entretanto, que Elisângela restringiria a sua vinda ao CAPS apenas para uso do medicamento injetável e à consulta psiquiátrica, após aquela intervenção farmacológica. Notamos que Elisângela parou de trazer as plantas que tanto gostava de oferecer às pessoas do CAPS, deixou de circular assiduamente nos espaços da comunidade, preferindo ficar apenas em casa, não contou mais aquelas histórias cheias de vida e empolgação, ainda que em outro ritmo. Suas experiências de vida pareciam guardadas em algum lugar de acesso restrito.

Assim, Elisângela expressou aspectos religiosos/espirituais que atravessavam a sua história de vida, bem como sua narrativa, em diferentes momentos e contextos terapêuticos, indicando caminhos pelos quais a prática da oração e a leitura bíblica geravam a percepção de uma saúde melhor, uma vida mais *tranquila, suave* e fortalecida.

## 6 O CUIDADO, AS CONEXÕES RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS E O COTIDIANO

Os interlocutores com os quais conversamos nos forneceram pistas importantes sobre como operacionalizam, no cotidiano, suas práticas de cuidado. Essas são atravessadas por uma infinidade de conexões e arranjos moldados por uma matéria prima específica: as experiências acumuladas durante suas trajetórias de vida. Cada um deles experimentou em suas vidas sofrimentos distintos, multilocalizados. A expressão destes sofrimentos foi incorporada, conforme cada “singularidade” (Das, 2020) de suas vidas aspecto que, no pensamento desta autora expressa as “[...] múltiplas forças - política, econômica, afetiva, estética [...]” (Das 2023a, p. 40) que agem sobre a constituição da pessoa, neste emaranhado de multiplicidades, fragilidades, reinvenções e construções de possibilidades que permeiam o cuidado.

Neste processo, as experiências religiosas/espirituais se apresentaram como constituintes de contextos nos quais o processo de adoecimento e as práticas de cuidado, vivenciadas pelos interlocutores, exprimiram relações com elementos deste âmbito, emaranhadas, em diferentes níveis, às intervenções biomédicas.

### 6.1 IMPLICAÇÕES DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NOS FLUXOS DAS DOENÇAS E/OU TERAPÊUTICAS

“*É espiritual*”. Este foi o discurso frequentemente utilizado pelos interlocutores com os quais dialogamos nesta pesquisa para descrever a percepção dos problemas de saúde que apresentavam. Tal percepção sinaliza para um “espiritual” corporificado, haja vista suas reverberações em experiências emergidas dos sentidos (ouvir vozes, ser tocado por uma coisa, sentir Jesus, abraçar o anjo, ver Deus). Desse modo, os interlocutores expressaram o quanto os entrelaçamentos religiosos/espirituais conformaram a “biografia de uma doença” (Das, 2023a, p. 107) singularmente descrita a partir de experiências do cotidiano em que o processo de adoecimento se desenvolveu.

Jotabê associou aquilo que reconhecia como “*problema meu*” às *obras*, supostamente, realizadas contra sua vida, no candomblé, especialmente, por uma antiga namorada. Do mesmo modo, Elisângela acreditava que os abortos que sofreu em diversas gestações e a doença de pele de um dos seus filhos relacionavam-se às *obras de macumbaria que recebeu até grávida*. Patrícia também demonstrava crer que seu adoecimento apresentava relação com fenômenos espirituais. Ela compreendia a ação de um “*espírito de loucura*” que lhe afetou

durante a adolescência como fator desencadeante de seu processo de adoecimento ou *fraqueza mental*. Através da utilização de tais paradigmas explicativos, operacionalizados pelos interlocutores, podemos notar uma diversidade de categorias empíricas utilizadas para descrever os elementos desencadeantes dos seus processos de adoecimento.

Porém, diferente da postura adotada por Jotabê, Patrícia não apresentava resistência ao uso de medicamentos. As experiências que ela compartilhou sinalizam uma associação positiva do saber médico a aspectos relativos à sua religiosidade/espiritualidade, como forma de melhorar a sua saúde. De modo semelhante, as cenas compartilhadas por Galego, em relação às práticas de cuidado operacionalizadas em seu cotidiano também demonstraram certa harmonia entre as práticas, do âmbito religioso/espiritual, utilizadas por ele e as intervenções biomédicas que tinha contato no CAPS.

Semelhantemente, Galego percebia que *a voz de Satanás* o incentivava a cometer suicídio e colocava pensamentos negativos em sua mente, os quais eram combatidos com orações *em nome de Jesus* e versos do livro de Salmos. Jotabê, por sua vez, dava ênfase à *voz do anjo* que *lhe falava coisas boas*, como estratégia para lidar com *as vozes* que *lhe diziam coisas que não eram boas* e, por diversas vezes, *lhe induziram a praticar ações que o colocavam em risco*. Ele também pontuou o quanto participar de cultos na igreja evangélica que estava frequentando repercutia em percepções de saúde, positivamente, avaliadas. É razoável suspeitar que a frequência na igreja possa ter contribuído para reforçar a agência das vozes do anjo que falava com Jotabê.

Enquanto isso, Sônia e Zulmira afirmavam que os sofrimentos desenvolvidos em suas vidas foram originados nas experiências emaranhadas no contexto religioso que se depararam na infância. Sônia, devido aos *maus tratos* sofridos, após a morte de sua mãe, enquanto Zulmira, em consequência ao rigor da doutrinação evangélica imposta pelo seu pai, em sua criação, que associou ao desenvolvimento do *“bullying”* na escola.

Desta feita, a partir deste panorama apresentado pelos interlocutores, destaca-se a ideia apresentada por Das (2023a, p. 48) de que, diante do esforço de tornar uma doença reconhecível, determinados termos lexicais são acomodados segundo critérios de experiências corporais especificamente vivenciadas dentro de determinada cultura. Tais termos emergiram impregnados por frequentes elementos religiosos/espirituais, haja vista a ocorrência de significativas experiências vivenciadas pelos interlocutores, desde a infância.

As narrativas de Patrícia, a respeito de sua percepção da ação de Deus nos remédios, apontam para o modo como ela costura “[...] processos de cura social com os de cura médica” Das (2023a, p. 211), produzindo entrelaçamentos de experiências religiosas/espirituais com

experiências provenientes do contato com tecnologias biomédicas. Essa experiência, ao se engajar na participação de atividades em uma igreja evangélica, resultou em um estilo de vida que contribuiu para mudanças significativas no seu modo de vida, testemunhadas aos profissionais do CAPS e materializadas nos avanços autopercebidos e expectativas narradas sobre o futuro. Não que seus problemas de saúde tenham sido totalmente resolvidos, mas, esta reconciliação com *Jesus* também gerou novas conformações na dinâmica familiar, com implicações positivas na percepção sobre saúde-doença e em suas práticas de cuidado.

Para Kleinman (1997) o rompimento de laços sociais pode gerar diversas repercussões fisiológicas em pessoas. Podemos vislumbrar, por exemplo, os efeitos produzidos por situações envolvendo o término de um casamento, a morte de um familiar ou, até mesmo, a traição de um amigo, implicando na produção de diversos sintomas, tais como ansiedade, angústia, tristeza, isolamento, pânico. Na experiência compartilhada por Patrícia, observamos um processo de fortalecimento de laços sociais, gerados na relação mantida com as *juvens e com o diácono* da igreja que frequentava, com efeitos positivos em sua saúde mental, notados por seus familiares e profissionais de saúde do CAPS.

Galego também destacou ser contrário à suspensão do uso dos *remédios* sem apoio da família e profissionais de saúde, mesmo diante de discurso religioso/espiritual, de outras pessoas, nesse sentido. Mesmo Jotabê, que demonstrou não seguir, com exatidão, as recomendações de uso dos psicofármacos, reconhecia a necessidade de utilizar também *os remédios* prescritos por sua psiquiatra para os cuidados da sua saúde mental, buscando, concomitantemente, terapêuticas religiosas/espirituais. Apresentando dificuldade de adesão à farmacoterapia, semelhantemente a Jotabê, Sônia utilizou a oração como forma para conseguir usar seus medicamentos, nos horários e quantidades corretas, bem como evitar efeitos indesejados.

Enquanto Jotabê, Zulmira e Galego recorriam à oração em eventos de suas vidas que necessitavam de livramento de alguma situação de perigo iminente, envolvendo não humanos e humanos, Sônia utilizava a oração como estratégia de livramento dos males que acreditava ter relação com o uso ou não uso dos medicamentos que lhes foram indicados. O problema relativo ao uso de medicamentos era mais complexo do que parecia inicialmente, pois Sônia considerava, inclusive, que o antipsicótico atrapalhava sua rotina de orações, *embaralhando seu pensamento* e desestimulando a continuidade do tratamento farmacológico.

Havia ali relações bastante conflituosas e problemáticas, envolvendo, por um lado, omissão ou adição de doses dos medicamentos e, por outro, a percepção de que os fármacos dificultavam as práticas religiosas/espirituais cotidianas, consideradas como essenciais em sua

vida. Desta feita, percebemos situação semelhante à observada por Penaforte (2022), cujo estudo evidenciou que no contexto dos pacientes abordados “o efeito dos medicamentos não se propaga apenas sobre células, mas, também, sobre experiências e relações cotidianas” (Penaforte, 2022, p. 15). Ademais, era possível notar a dispersão das fragilidades nas relações familiares a que Sônia, em sua condição de limitação visual, estava exposta.

Outrossim, aquela solução produzida por Sônia para conseguir utilizar seus medicamentos também remete ao que Mol (2008) descreve em relação ao cuidado cotidianamente elaborado pelas pessoas: “[...] é algo que as pessoas moldam, inventam e adaptam a todo o tempo, na prática diária” (Mol, 2008, p. 4, tradução nossa).

Como todos os outros cinco interlocutores, Elisângela utilizava a oração a Deus como prática para lidar com situações que impactavam em sua saúde, argumentando a eficácia em melhorar os problemas. Desta feita, foi unânime, entre os interlocutores, a utilização da oração como recurso terapêutico, frente às adversidades enfrentadas em aspectos concernentes à saúde. Todos eles referiram que em situações de sofrimento utilizavam a oração a Deus/Jesus Cristo, a fim de lidar com os problemas de saúde (pensamento suicida, delírios, violências, insônia).

Além da oração como prática de cuidado, a maioria dos interlocutores declarou também utilizar a leitura da Bíblia, especialmente o livro de Salmos, com a finalidade de obterem melhor sensação de bem-estar. Tornou-se perceptível, assim, a adesão dos interlocutores a práticas religiosas/espirituais, cotidianamente empreendidas, cujos efeitos consistiram em “[...] transformar processos acrescentando algo ao curso das ações” (Tavares, 2017, p. 218).

As estratégias de cuidado elaboradas pelos interlocutores envolveram diversos mediadores (anjos, líderes religiosos, Bíblia, orações, rituais), expressos conforme relações sociais existentes em suas vidas. Como resultado dessas conexões, obtiveram modificações em diversas situações: uso de medicamentos, crises psiquiátricas, posturas comportamentais diante de “vozes”, dentre outras. Nessas realidades, as explicações religiosas/espirituais fornecidas interpretavam o processo de adoecimento sem barreiras intransponíveis ou fatores incongruentes à adoção de práticas terapêuticas do modelo biomédico. Observou-se uma tendência à sobreposição das práticas religiosas/espirituais às da biomedicina como recursos terapêuticos de enfrentamento de problemas de saúde e para alcançar melhor qualidade de vida. Sobre este aspecto, Patrícia pontuou: *Buscando a Deus na igreja e, é maluquice minha, mas creio no remédio também.*

Notou-se o quanto entrelaçamentos de religiosidade/espiritualidade tecidos na trajetória de eventos cotidianos formaram uma rede de conexões construídas por estes interlocutores para o seu cuidado. Outrossim, tais entrelaçamentos se relacionaram à forma como os interlocutores compreendiam a manifestação dos sintomas de adoecimento e buscavam apoio, diante das experiências de sofrimento, ampliando as possibilidades do modelo biomédico (Das, 2020, 2023a; Kleinman, 1997).

Compreender estas formas particulares de percepção do adoecimento é, portanto, fundamental para que os serviços de saúde possam desenvolver práticas de cuidado mais efetivas, exercitando uma das diversas possibilidades do “habitar com” (Das, 2020; Pierobon 2018) as pessoas, a fim de aproximar-se de seus mundos, sem julgamentos e posturas fundamentadas em dicotomias.

## 6.2 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NOS DESENHOS DAS TERAPÊUTICAS

As situações que tivemos acesso na aprendizagem com os interlocutores desta pesquisa indicaram processos terapêuticos tecidos de modos singulares, a partir de experiências religiosas/espirituais que compunham seus repertórios de vida, cotidianamente elaborados.

Jotabê expressou que, em determinado período de sua vida, utilizou recursos do candomblé na perspectiva de melhorar aspectos de sua saúde, desde banhos de folhas e participação no ritual bori, como modo de se sentir bem. A sua convicção de que o “*problema meu*” conectava-se a aspectos espirituais pareceu implicar na sua busca por processos deste âmbito, como forma de construir o cuidado de saúde para além da proposta biomédica. Quando não alcançava esse propósito de forma satisfatória, ele perseguia, em outros modos de vida religiosa/espiritual, os recursos terapêuticos desejados que pudessem produzir percepções de saúde positivas.

Assim, além de buscar o candomblé, Jotabê também tentou encontrar na umbanda respostas para o processo de adoecimento que identificava em seu corpo. Entretanto, diante da sua condição de abiku, não pôde obter tais respostas naquela nova perspectiva religiosa acessada, por razões não reveladas em nossos diálogos. No decorrer de sua vida, sem perceber melhora sustentada dos sintomas relativos ao seu adoecimento, passou a frequentar uma igreja evangélica. Nesse contexto, passou a referir que a utilização da oração a Deus, bem como a meditação do Salmo 91, lhe proporcionava a percepção de que a sua saúde estava apresentando benefícios em alguns aspectos, tais como na diminuição do *incômodo das vozes*.

As explicações que Jotabê forneceu durante diversos atendimentos no CAPS a respeito de alterações psíquicas percebidas em seu corpo se apresentavam significativamente alicerçadas no prisma religioso/espiritual. Além disso, expressavam sua discordância de que a terapêutica biomédica, sozinha, fosse capaz de resolver os seus problemas de saúde. Assim, suas explicações sobre seu adoecimento se constituíam como mecanismo de contraposição à indicação excessiva de medidas farmacológicas. Essa contrariedade era, geralmente, colocada em prática por ele, através da ocultação de sintomas ao psiquiatra, com finalidade de evitar prescrições que julgava desnecessárias.

Deste modo, Jotabê buscava uma via inversa à “lógica da escolha” (Mol, 2008), em que o cuidado ofertado superestima o processo de medicar e se constitui significativamente em uma premissa avaliativa formal. Ao invés disso, ele buscava construir um processo de cuidado pautado pelo engajamento e coparticipação, alguns dos aspectos característicos da “lógica do cuidado” (Mol, 2008) que também expressa habilidades em suportar contradições e ambiguidades passíveis de ocorrer nessa construção. Ao mesmo tempo, os discursos deste interlocutor ratificavam a visão de Das (2023a, p. 225) de que “[...] o que constitui cura ou eficácia de um ponto de vista pode parecer diferente de outro ponto de vista”.

Apesar desta dinâmica, Jotabê reconhecia que o manejo do “*problema meu*” não poderia excluir, totalmente, o uso de psicofármacos. Deste modo, associava práticas religiosas/espirituais ao acompanhamento biomédico mediante uma “lógica do cuidado” (Mol, 2008) em seu caráter flexível, que não se contrapõe ao uso de tecnologias, mas valoriza o trabalho em equipe. Esse estilo de cuidado emergia, particularmente elaborado e negociado, na sua relação com a equipe multiprofissional do CAPS. Tais articulações de cuidado ocorriam a partir da expressão do seu estado de saúde, em conversas informais, principalmente ocorridas em momentos mais agudos, antes da instalação de situações de maior gravidade.

A participação de Jotabê em oficinas terapêuticas do CAPS não se limitava segundo a doutrina de sua atual filiação religiosa/espiritual. Notou-se que ele se envolvia tanto em propostas que contemplavam conteúdos religiosos quanto seculares. Por outro lado, Patrícia selecionava as atividades terapêuticas que desejava participar no CAPS conforme critérios influenciados por sua ética religiosa/espiritual. Em ambas as situações, podemos perceber elementos da “lógica do cuidado” apresentados por Mol (2008), onde o cuidado é considerado como algo dinâmico, suscetível a mudanças em seu processo, segundo resultados obtidos, e não limitado pela premissa do controle excessivamente perseguido.

Zulmira tentou superar seus sofrimentos e as situações de ameaça à sua vida e de seus filhos no período de sua primeira relação conjugal, através da oração. Em seu relato, testemunhou que o clamor dirigido a *Jesus* foi o caminho utilizado para obtenção de livramentos de morte em situações vivenciadas na relação com seu companheiro. A oração foi a prática religiosa/espiritual mais utilizada por esta interlocutora em associação à terapêutica farmacológica, antes de chegar ao CAPS. Principalmente em contextos de violência, que culminaram na ameaça de aborto de seus dois filhos, utilizou a oração e os medicamentos como estratégias para manter a gestação.

No entanto, o que mais sobressaiu nos relatos de Zulmira a respeito dos recursos terapêuticos utilizados em seu cuidado após o acompanhamento no CAPS não foram os de cunho religioso/espiritual, mas as terapêuticas biomédicas. Isto não significou que medidas de cuidado de sua saúde pautadas em aspectos religiosos/espirituais estivessem ausentes na “biografia de uma doença” (Das, 2023a) que experienciou no período de acompanhamento no CAPS. Um fato que ratifica esta evidência foi a declaração sobre o quanto o suporte de pessoas, através de estudos bíblicos e orações por telefone, ofertado quando os pensamentos suicidas eram intensos, mesmo com o acompanhamento no CAPS, lhe ajudou a enfrentar os momentos de instabilidade emocional.

Zulmira referiu em diversos momentos de nossos diálogos ter sido marcada pelos excessos de religiosidade paterna durante sua infância que afetaram, negativamente, a sua aproximação atual às instituições religiosas. Tal conduta paterna pode ter implicado em sua dificuldade no reconhecimento de possíveis experiências em instituições religiosas cujo efeito pudesse sinalizar repercussões em sua saúde. Entretanto, isso não impediu que, em situações de extrema angústia, perigos e ameaças, evocasse a intervenção de *Jesus* em seu auxílio, através da oração, como modo de preservar sua vida e evitar práticas negativas relacionadas aos pensamentos suicidas que a afligiam. Deste modo, notava-se a ideia de Asad (2010), acerca dos contornos individuais implicados na concepção de religião, na vida prática das pessoas.

Esta flexibilidade de Zulmira na utilização de recursos terapêuticos dos âmbitos biomédico e religioso/espiritual com a finalidade de alcançar melhores condições de saúde, aproxima-se da concepção abordada por Mol (2008) de que uma das características da “lógica do cuidado” reside naquilo que as pessoas fazem e não nas opções de recursos disponibilizados como escolha.

Já as narrativas de Galego acerca dos processos terapêuticos utilizados em seu cuidado emergiram com forte influência de aspectos religiosos/espirituais. Percebia-se esse aspecto no

emaranhado de relações em que associava processos de cura baseados em experiências religiosas/espirituais com as intervenções do campo biomédico. Assim como os demais interlocutores, Galego não identificava quaisquer conflitos presentes nesta conexão que moldou sua “lógica de cuidado” (Mol, 2008) marcada por uma porosidade de práticas biomédicas e religiosas/espirituais. Exemplo disso, foi o episódio em que estava decidido a cometer o suicídio, ao se perceber induzido pelas *vozes* de *Satanás*. Nesta situação, elaborou a estratégia de meditar em passagens bíblicas do livro de Salmos e orar, repreendendo os pensamentos negativos *em nome de Jesus*, sem desprezar o uso de medicamentos indicados pela psiquiatra.

Durante nossas conversas, Galego explicitou que uma das razões para a suspensão esporádica do uso dos psicofármacos foi a sua atividade laboral como segurança, função que exigia a manutenção do seu estado de alerta. Nesses momentos de interrupção do tratamento farmacológico, ele desenvolveu uma situação de crise, onde, em meio às práticas biomédicas, sempre declarava sua convicção que uma mudança positiva em sua saúde exigiria a utilização da oração como forma de *afastar o mal* que lhe afetava, minimizando os sintomas psicóticos e a ideia suicida.

Galego compartilhou também que em determinado momento de sua vida parou de usar *a pacoteira de remédios*, ao seguir o conselho de uma pessoa de determinada igreja evangélica, mas, ao invés de obter a cura de seu problema de saúde, *acabou sobrando e deu crise*. Neste episódio, sua família teve uma função essencial, orientando Galego a respeito dos riscos da suspensão abrupta de seus medicamentos. Ademais, Galego destacou a conexão entre *Jesus Cristo e os remédios*, na composição do desenho terapêutico que elegeu em seu cuidado e como caminho que seguia em busca da sua cura. Para ele, este imbricamento entre o modo religioso/espiritual e o biomédico seria importante para o seu bem-estar.

Fenômeno peculiar foi apresentado por Sônia, em suas descrições sobre seu tratamento farmacológico. Declaradamente insatisfeita em ter que fazer uso de medicamentos, principalmente os psicotrópicos, desenvolveu a estratégia de demarcar os horários de uso dos medicamentos através da frequência de oração em que apresentava os seus *remédios* a Deus. Esta estratégia tornou perceptível a manifestação de “[...] possibilidades de desterritorialização de agenciamentos estabilizados [...]” (Tavares, 2017, p. 215). Deste modo, Sônia passou a manter o uso regular dos medicamentos e apresentar um melhor controle dos sintomas psiquiátricos. Ela buscava conciliar o tratamento farmacológico à prática de orações, diante das alterações geradas pela utilização de psicofármacos, os quais *embaralhavam sua mente*. Outrossim, a categoria *fé em Deus* fazia parte do que denominou como *oito remédios*

*da natureza*, elementos que buscava inserir em seu cotidiano para manter a qualidade de vida. Essa composição evidencia os desenhos das terapêuticas criativamente elaborados por Sônia, também amplificando as estratégias direcionadas ao seu cuidado para além do propósito farmacológico.

Partindo da compreensão do adoecimento como processo envolvendo a ação de um “*espírito de loucura*”, Patrícia destacou sua crença de que a oração de outras pessoas em seu favor teria ação sobre esse espírito, fazendo-o sair de seu corpo. É possível que essa compreensão funcione como elo de conexão entre suas experiências religiosas/espirituais e as queixas de problemas psiquiátricos apresentadas por ela. Assim, Patrícia também procurava manter o uso de medicamentos associados às práticas religiosas/espirituais como modo de alcançar *o extraordinário*, situação relativa ao seu processo de cura, ainda que sua médica tenha lhe informado sobre a necessidade de uso dos medicamentos até a morte. Patrícia disse acreditar que os pensamentos suicidas poderiam ser controlados, a depender da manutenção de seus devocionais de leitura bíblica e orações diárias para se aproximar de Deus, pois com essa aproximação, o risco de produção de *feridas* seria minimizado em sua vida. Desta feita, ela apontou diversos elementos do âmbito religioso/espiritual, como recursos terapêuticos inseridos em sua vida, em contraposição aos pensamentos negativos que lhe afetavam.

Outro aspecto significativo percebido durante a vivência com Patrícia foi a exposição de que considera Deus como *remédio* para suas alterações de saúde e aquele que age em seus *remédios* para se sentir curada, sem *fraqueza mental*, em um contexto onde entendia a cura como o próprio *Deus*. Nessa tessitura, articulava o uso de medicamentos indicados por sua psiquiatra e a ética religiosa/espiritual orientada por líderes de sua igreja, os quais também a incentivaram a manter adesão às condutas biomédicas em seu acompanhamento no CAPS. O apoio de seus líderes religiosos, inclusive, parece ter contribuído para que os episódios de uso abusivo de medicamentos fossem minimizados consideravelmente. Esta observação converge com o pensamento de Tavares (2017, p. 219) para quem “[...] as mediações terapêuticas se desenrolam em espaços heterogêneos e não apenas nas salas dos consultórios [...]”, revelando a existência de múltiplos agentes no processo de cuidado, muitas vezes invisibilizados.

No que diz respeito às experiências compartilhadas por Elisângela, também foi notória a valorização da oração no manejo do quadro da insônia, principal incômodo que percebia em relação a sua saúde, declarando que através desse recurso, aliado à leitura da Bíblia, escuta de orações no rádio e frequência aos cultos da igreja para receber oração, conseguia alcançar uma *vida mais tranquila*, mesmo sem uso do benzodiazepínico prescrito pela psiquiatra. Costumava utilizar chás como forma de *economizar os remédios* do CAPS, o que pode ter

ligação com sua crença de que Deus age através das plantas e expressa o modo singular de construção do seu cuidado, tendo suas experiências religiosas/espirituais como interface.

As conexões notadas nos modos como os interlocutores elaboraram os desenhos das terapêuticas no contexto envolvendo o CAPS destacaram, portanto, a importância de “[...] mediações cotidianamente processadas [...]” (Tavares, 2017, p. 220). Nesse cenário, o cuidado se estabeleceu com elementos que não se restringiram às tecnologias formais operadas por serviços de saúde oficialmente reconhecidos, mas englobaram uma ressonância às experiências religiosas/espirituais vivenciadas por eles.

### 6.3 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NOS DESENHOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS

Atividades que oportunizaram a expressão de elementos religiosos/espirituais em conexão com os desenhos técnico-assistenciais referentes aos interlocutores acompanhados neste estudo foram pouco perceptíveis nas propostas terapêuticas indicadas pelos profissionais de saúde, na condição de técnicos de referência ou em atendimentos de núcleo, durante o período de nossas observações no CAPS estudado.

Não observamos que o PTS dos interlocutores desta pesquisa, principal instrumento utilizado no CAPS, como norteador das práticas assistenciais, contivesse reconhecidamente alguma sugestão de participação em determinada prática religiosa/espiritual declarada por eles, como mecanismo potencializador de sua saúde, com exceção de um caso, em PTS do ano de 2024. Notou-se, entretanto, que alguns profissionais expunham suas concepções religiosas/espirituais particulares aos usuários do CAPS durante a dinâmica de atendimentos. Em outros momentos, pôde-se evidenciar a disposição de alguns profissionais em ouvir as experiências religiosas dos interlocutores em ambientes informais e, em menor frequência, em atendimentos previamente agendados.

Ademais, em outras situações percebeu-se certa dificuldade de alguns profissionais em considerar as oportunidades terapêuticas advindas das narrativas emitidas por pessoas acompanhadas pelo CAPS, envolvendo experiências religiosas/espirituais que diziam ter vivenciado. Patrícia, mais de uma vez, tentou comunicar suas experiências religiosas aos profissionais deste serviço e apenas pôde fazê-lo em espaços não privativos, como a recepção, exceto perante sua TR, assistente social que geralmente a atendia em outros espaços que favoreciam o sigilo dos diálogos. Entretanto, percebi que nas reuniões técnicas do CAPS diversos profissionais referiam dedicar tempo para ouvir os relatos de experiências

religiosas/espirituais de pessoas acompanhadas durante os atendimentos de núcleo. Assim, buscavam empreender aproximações aos modos de vida destas pessoas como forma de construção de estratégias de cuidado. Até mesmo uma psicóloga de abordagem psicanalista, que referiu não ter religião e não acreditar em Deus, afirmava observar os elementos do discurso das pessoas, inclusive os do âmbito religioso/espiritual, avaliando as repercussões das experiências relatadas para a vida delas.

A oficina de música se constituiu um espaço assistencial em que havia possibilidade de que expressões de cunho religioso/espiritual pudessem ocorrer, ainda que muitas pessoas acompanhadas no CAPS não reconhecessem a existência desta possibilidade, haja vista a predominância de repertório de músicas não religiosas, que não eram do “*móvel gospel*”, nas palavras de Patrícia, compondo a referida oficina.

Algumas pessoas acompanhadas pelo CAPS, quando abordadas pelos técnicos do serviço sendo convidadas a participar de atividades terapêuticas específicas, na maioria das vezes, não eram sondadas se as atividades apresentadas teriam algum conflito com suas convicções religiosas/espirituais. A própria Patrícia nos permitiu evidenciar essa situação, quando foi convidada pelo musicoterapeuta e pela coordenadora do CAPS para o propósito de participar de oficinas do CAPS.

Tal aspecto pode sinalizar não a existência de barreiras, como muitos profissionais costumam avaliar, mas preferências que questões relativas à religiosidade/espiritualidade dos usuários implicam na elaboração de um PTS envolvendo a prática de determinadas atividades propostas pelos profissionais. Sobretudo, aponta para a necessidade de que os serviços de saúde estejam atentos à singularidade das pessoas, favorecendo sua inclusão em atividades, mediante a compreensão dos preceitos que fazem sentido ao seu modo de existir e “habitar o mundo” (Das, 2020; Pierobon, 2018). Para tal finalidade, é imprescindível “habitar com” (Das, 2020; Pierobon, 2018) as pessoas que acompanhamos como profissionais de saúde.

Durante as consultas psiquiátricas, as narrativas de cunho religioso/espiritual de pessoas em sofrimento mental, frequentemente, eram ouvidas e compreendidas, dentro do processo saúde-doença, conforme o modelo biomédico. Os profissionais buscavam não contrapor a perspectiva narrada pelas pessoas atendidas na consulta e realizavam intervenções nas situações de adoecimento sempre a partir de medidas farmacológicas.

De forma geral, o discurso religioso/espiritual proferido por pessoas acompanhadas no CAPS era registrado no prontuário destas pessoas e discutido em espaços técnicos, como a reunião de equipe, a fim de determinar as estratégias de manejo dos casos apresentados. Na situação vivida por Jotabê, a consideração de elementos do seu discurso, de que o seu

adoecimento comportava influências espirituais que o faziam, inclusive, evitar comidas preparadas por sua família, apoiou a decisão da equipe técnica em incluí-lo na lista de refeições fornecidas pelo CAPS, como estratégia de cuidado.

Sônia e Galego expuseram, de forma direta, que gostariam que o CAPS proporcionasse um espaço especificamente voltado para que falassem sobre suas experiências religiosas/espirituais. Os demais interlocutores, apesar de não demandarem espaço específico para a aquela finalidade, disseram que poder falar sobre suas experiências religiosas/espirituais foi algo positivo em suas vidas, demonstrando o quanto a atenção a estes aspectos da vida das pessoas que frequentam o CAPS tem a potencialidade de contribuir para o alcance de melhores condições de saúde. Jotabê, ao saber de nosso produto tecnológico realizado com lideranças religiosas/espirituais, prontamente perguntou quando faríamos um evento semelhante com as pessoas acompanhadas no CAPS.

Os diálogos que desenvolvemos com alguns psicólogos do CAPS estudado evidenciaram que, nos atendimentos de núcleo, evitam revelar as suas filiações religiosas/espirituais, como forma de não gerar potenciais prejuízos ao acompanhamento das pessoas. Entretanto, outros profissionais desta mesma categoria não demonstraram acreditar que o conhecimento deste aspecto de suas vidas possa interferir negativamente na relação terapêutica, mantendo claramente exposta sua adesão religiosa, inclusive através das indumentárias religiosas que utilizam durante os atendimentos no CAPS.

A vivência de campo demonstrou que não apenas as pessoas com vestimentas das religiões de tradição africana são alvo de preconceito. Presenciamos situações em que pessoas evangélicas em acompanhamento no serviço, por se vestirem com roupas características do meio social em que praticam a sua fé, também eram motivo de comentários negativos de profissionais e outras pessoas acompanhadas no CAPS, tais como: *Por que você se veste desse jeito, com essa manga comprida, todo engravatado, parecendo um pastor?*

#### 6.4 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE COMO POSSIBILIDADE DE ARTICUL(AÇÕES) DE SAÚDE

Os rastros do processo de adoecimento notados nesse aprendizado compartilhado não consistiam, apenas, na ação de estressores, agentes patológicos, fatores genéticos, distúrbios metabólicos, mas pareceu resultar da múltipla ação de agentes humanos e não humanos, que interagem, produzindo alterações dispersas nos corpos em contínuas transformações.

Em nosso estudo, os interlocutores, “em vez do binômio medicina popular vs. biomedicina ou modelos explicativos das pessoas vs. modelos biomédicos [...]” (Das 2023a, p. 40), revelaram que para eles não há uma hegemonia de um modelo sobre o outro, do contrário, estes modos de compreensão coexistem de formas diversas, interligados de maneira fluida em suas percepções de mundo. Esta constatação empírica nos impulsionou a absorver com intensidade o conceito de “agenciamentos terapêuticos” (Tavares, 2017). Através dele foi possível enxergarmos como e quais relações sociais implicavam na esfera do cuidado e suas repercussões.

O cuidado, neste intenso enredamento peculiar, segundo Mol (2008), está mais interessado com aquilo que as pessoas fazem em seu cotidiano do que com as tecnologias que lhes são prescritas, extrapolando protocolos rigidamente instituídos. Um cuidado maleável, inclusivo, expressivo das “condições de possibilidade” (Das, 2023a) de cada um, inventivo e jamais dado, uma vez que ineditamente construído, por atores nada passivos. Como ouvi de uma usuária do CAPS que fazia alguns cartazes para a festa de confraternização do final de ano, em 2023: *Somos pessoas*.

Essas pessoas nos apresentaram um cuidado em que os aspectos religiosos/espirituais não ocupavam um espaço secundário, deslocado das possibilidades de auxílio em situações de adoecimento. Diferentemente, consistiam em espaços privilegiados e centralmente conectados com os modos utilizados para lidar com as experiências negativas, com as crises, angústias e ameaças à manutenção da vida. Ademais, as experiências religiosas/espirituais que foram narradas demonstraram a potência do espaço religioso/espiritual como meio de expressão do eu de cada pessoa, de proteção, expressão, cura, fortalecimento, encontros e apoio.

As narrativas a que tivemos acesso também evidenciaram que “o usuário interfere tanto quanto todos os demais profissionais de saúde nos processos de cuidado” (Tavares, 2017, p. 219), imprimindo novos contornos ao desenho assistencial, segundo a “singularidade das vidas” (Das, 2020, p. 22). O cuidado desenvolvido no CAPS requer uma postura atencional, persistente, não apressada, de certo modo incompleta, no sentido de buscar o estranhamento das cenas que lhes são apresentadas. A dúvida pode ser uma ótima aliada à execução de práticas mais humanas, mais respeitosas, elaboradas em conjunto, horizontalmente, privilegiando “tecnologias leves” (Merhy; Franco, 2003). Semelhantemente àquelas que os interlocutores desta pesquisa científica, ou por melhor dizer, os amigos que encontramos nesta pesquisa nos contaram que faziam sentido na vida deles, nos momentos de dificuldades: “*Orar por dentro, clamar a Jesus, meditar na mente o Salmo 91, receber um abraço de um anjo, ir à igreja receber oração, orar os remédios*”.

Práticas produzidas em situações em que o tempo talvez não permitisse esperar pelo atendimento de um serviço de emergência, como nas tentativas de suicídio. Estratégias de cuidado elaboradas com recursos próprios que cada pessoa, durante a sua trajetória de vida, conseguiu compor como arsenal que poderia ser utilizado diante dos sofrimentos cotidianos.

Processo “embebido” (Das, 2007, p. 4; Ferreira, 2015, p. 163) em aspectos religiosos/espirituais, evocados como modos de vida, em conexão com elementos compreendidos como de proteção à saúde, economia de recursos farmacológicos, forma de se sentir socialmente pertencente e que compõem percepções do corpo que ora, medita, lê, canta, veste, escuta programas de rádio, compartilha livros, testemunha etc.

Apontamos, portanto, possibilidades para que serviços e profissionais de saúde que se propõem a acompanhar pessoas em sofrimento mental busquem, de forma atenta, perceberem as oportunidades que os aspectos religiosos/espirituais destas pessoas podem gerar para a produção de um cuidado em sintonia com a singularidade das vidas e os modos de habitar o mundo, considerando sempre o que as pessoas acreditam ser importante em seu cuidado de saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução desta pesquisa contribuiu para a ampliação do conhecimento das estratégias de cuidado utilizadas pelos interlocutores do CAPS na interface com os aspectos religiosos/espirituais que faziam sentido em sua vida.

O aprendizado construído a partir da etnografia e da observação participante proporcionou, ao pesquisador, a ampliação e modificação do seu modo de se relacionar com as pessoas, qualificando sua atenção às práticas utilizadas por elas em seu cuidado de saúde. Como fator limitante da atuação do pesquisador nesta pesquisa havia sua vivência prévia como profissional de saúde, trabalhador do CAPS, o que exigiu seu constante esforço em manter uma postura crítica, ao empreender suas análises e suspeitar das situações e relações aparentemente óbvias.

Percebeu-se o quanto o âmbito religioso/espiritual, embora tão presente nas relações sociais das pessoas que compõem o CAPS, é pouco reconhecido como possibilidade de fortalecimento das estratégias terapêuticas construídas pelos profissionais de saúde deste serviço.

Para os interlocutores desta pesquisa, as práticas religiosas/espirituais, com destaque para a oração e a leitura da Bíblia, foram as principais estratégias de cuidado não farmacológicas utilizadas em situações de sofrimento mental intensas, tais como as envolvendo o pensamento suicida. Deste modo, essas pessoas expuseram que, além de utilizarem medicamentos indicados pelo psiquiatra, buscavam diversas práticas religiosas/espirituais, para enfrentar as dificuldades que deparavam em suas vidas, no âmbito da saúde mental.

Portanto, a consideração da potencialidade das práticas religiosas/espirituais, no cuidado de saúde talvez se configure em um caminho exitoso que possa ser agregado pelos serviços de saúde, na atenção dirigida às pessoas, em ressonância às diretrizes do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ASAD, T. A construção da religião como uma categoria antropológica. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 19, n. 19, p. 263-284, 2010. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v19i19p263-284>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/44990>. Acesso em: 24 maio 2022.
- ASAD, T. **Formações do secular: Cristianismo, Islã, Modernidade**. São Paulo: Editora Unifesp, 2021.
- ASAD, T. Response to Casanova. In: SCOTT, D.; HIRSCHKIND, C. (org.). **Powers of the secular modern: Talal Asad and his interlocutors**. Stanford: Stanford University Press, 2006, p. 207–210.
- ATLAS.ti. **ATLAS.ti**. Versão 23.4.0.29360. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://atlasti.com/pt/legal>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 67–84, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/#>. Acesso em: 08 jan. 2024.
- BINKOWSKI, G. I.; ROSA, M. D.; BAUBET, T. A discursividade evangélica e alguns de seus efeitos: laço social, psicopatologia e impasses teóricos e transferenciais. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 245-268, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/LXwggVPjyw8sjcf7mGqXWRw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.
- BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 123–150, jan. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/c3PCws7x6dVZgd4TgSLV8Kb/?lang=pt#>. Acesso em: 17 jan. 2024.
- BONET, O.; TAVARES, F. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, 2007. 404 p. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Raz%C3%B5es-P%C3%BAblicas-para-a-Integralidade-em-Sa%C3%BAde-o-cuidado-como-valor.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2024.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 69-E, p.2, 9 abr. 2001. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/04/2001&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=121>. Acesso em: 22 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112,

p. 59-62, 13 jun. 2013b. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/05/2016&jornal=1&pagina=44&totalArquivos=80>. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 234, p. 2-3, 6 dez. 2007b. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=06/12/2007>. Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017.

**Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 23 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 34, p. 22-23, 20 fev. 2002. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/02/2002&jornal=1&pagina=22&totalArquivos=56>. Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 161, n. 117, p. 296, 22 jun. 2023. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=296&data=22/06/2023>. Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 96, p. 37-40, 21 maio 2013a. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/05/2013&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=176>. Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**: saúde mental. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 176 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf). Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_tecnico\\_raps\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf). Acesso em: 23 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 60 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: 2 jul. 2022.

CATRÉ, M. N. C. *et al.* Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 34, n. 1, p. 31-46, 2016. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.877>. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/877>. Acesso em: 02 maio 2022.

CFE – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o Regulamento Técnico das Boas Práticas em Farmácia. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 138, n. 82, p. 24-31, 27 abr. 2001. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=216&data=27/04/2001>. Acesso em: 04 set. 2024.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva, 2011. 236 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 19 jan. 2024.

DAS, V. **Aflicção**: saúde, doença, pobreza. São Paulo: Editora Unifesp, 2023a. 296 p.

DAS, V. **Life and words**: violence and the descent into the ordinary. Los Angeles: University of California Press. 2007. 281p.

DAS, V. **Texturas do ordinário**: fazendo antropologia à luz de Wittgenstein. São Paulo: Editora Unifesp, 2023b. 464 p.

DAS, V. **Vida e palavras**: a violência e sua descida ao ordinário. São Paulo: Editora Unifesp, 2020. 312 p.

DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kTXML5K9KppMLGhx4MNRrn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2022.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2022.

FERREIRA, M. T. **Ensaaios da compaixão**: sofrimento, engajamento e cuidado nas margens da cidade. 2015. 313 f. Tese (Doutorado em psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-12082015-110917/>. Acesso em: 20 jan. 2024.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17- 27, jan. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMvByhrN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2022.

GILL, R. Análise de Discurso. *In*: BAWER, M. W.; GASKELL, G. (ed.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 244-270.

GIUMBELLI, E. A noção de crença e suas implicações para a modernidade: um diálogo imaginado entre Bruno Latour e Talal Asad. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 327-356, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/vhCqFsd8GQbywQZdxMpg3Gx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 24 nov. 2022.

GIUMBELLI, E. A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 80–101, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/Qsh6vSD3yFVTK9dZBfHfLyF/?lang=pt>. Acesso em: 26 nov. 2022

HAN, C. The Difficulty of Kindness: Boundaries, Time, and the Ordinary. *In*: DAS, V.; JACKSON, M. D.; KLEINMAN, A.; SINGH, B. (ed.). **The Ground Between**: Anthropologists Engage Philosophy. Durham: Duke University Press, 2014. p. 71-93.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf). Acesso em: 24 maio 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal Cidades**. [s. l.], [202-]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 03 set. 2024.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 1247–1254, abr. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018244.05362017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/#>. Acesso em: 10 jan. 2024.

INGOLD, T. Chega de etnografia! A educação da atenção como propósito da antropologia. **Educação**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 404-411, set./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.15448/1981-2582.2016.3.21690>. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/21690/15179>. Acesso em: 23 nov. 2022.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Religião e experiências na infância de ouvidores de vozes psiquiátricos. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 27, e80674, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/xszRFqpNVxTFKTYhLjk48B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

KLEINMAN, A. Care: in search of a health agenda. **The Lancet**, [s. l.], v. 386, n. 9990, p. 240-241, 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61271-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61271-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61271-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61271-5/fulltext). Acesso em: 19 dez. 2023.

KLEINMAN, A. “Everything That Really Matters”: Social Suffering, Subjectivity, and the Remaking of Human Experience in a Disordering World. **The Harvard Theological Review**, [s. l.], v. 90, n. 3, p. 315–335, jul. 1997. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1509952>. Acesso em: 11 nov. 2023.

MEDEIROS, V. H. R.; MOREIRA, M. I. B. Os sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos de usuários de um CAPS. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 31, n. 1, e210094, 2022. DOI: 10.1590/S0104-12902022210094. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2022.v31n1/e210094/#>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MELO, R. H. V. de. *et al.* Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 301–309, abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01692014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/wXYsRxQW4cpN69zmNpqDbSg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 jul. 2022.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003. Disponível em: [https://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.27%2C+N.65+-+set&pesq=&x=61&y=10](https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.27%2C+N.65+-+set&pesq=&x=61&y=10). Acesso em: 15 jan. 2024.

MOL, A. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. New York: Routledge, 2008. 148 p.

MONTEIRO, D. D. *et al.* Espiritualidade / Religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129 - 139, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n98/a14v40n98.pdf>. Acesso em: 11 out. 2022.

MONTERO, P. Talal Asad: para uma crítica da teoria do símbolo na antropologia religiosa de Clifford Geertz. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 19, n.19, p. 259-261, 2010. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v19i19p259-261>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/44989>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MOTA, S. C.; TRAD, L. A. B.; VILLAS BOAS, M. J. V. B. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 16, n. 42, p. 665-675, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/54Jb7N7g37pRMrFHjdJdqXp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2022.

MOURA, A. B. F.; LIMA, M. da G. S. B. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Interfaces da Educação**, Paranaíba, v. 5, n. 15, p. 24-35, 2014. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/448/414>. Acesso em: 19 jul. 2022.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tXdvKWGpyYDfKwCWMDHW3ZG/?lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2022.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade: a visão de psicólogos. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/w3hnsrp3wzVcRPL3DkCzXKr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

PEIRANO, M. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 20, n. 42, p. 377-391, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/n8ypMvZZ3rJyG3j9QpMyJ9m/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2022.

PENAFORTE, T. R. O sujeito e seu cuidado: a questão da adesão à medicação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. e320311, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MPsC3Xrs8qPZ5fMqN3RTh7f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr 2024.

PIEROBON, C. O duplo fazer dos corpos: envelhecimento, adoecimento e cuidado na vida cotidiana de uma família. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 64, p. e226401, 2022a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/nrB7sXP7P7SDZNTk3pPCTbn/?lang=pt#>. Acesso em: 18 nov. 2023.

PIEROBON, C. **Tempos que duram, lutas que não acabam**: o cotidiano de Leonor e sua ética de combate. 2018. 324 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/19691>. Acesso em: 18 jan. 2024.

PIEROBON, C. Traições em família: as texturas do parentesco. **EXILIUM Revista de Estudos da Contemporaneidade**, [s. l.], v. 3, n. 5, p. 163–192, 2022b. DOI: 10.34024/exilium.v3i5.14658. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/exilium/article/view/14658>. Acesso em: 21 set. 2023.

PINHEIRO, L. R. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. **Pro-Posições**, [s. l.], v. 31, e20190041, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/jxjffR8ZtfFkHNJ36CX6mFp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2022.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; FORTES, P. D. Bioética laica: Zonas de atrito com as religiões na prática em saúde. In: d'AVILA-LEVY, C. M.; CUNHA, L. A. (org.). **Embates em torno do Estado laico**. São Paulo: SBPC, 2018. 292 p. Disponível em: <http://portal.sbpcnet.org.br/livro/estadolaico.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ROCHA, A. C. *et al.* Sofro, logo me Medico: A Medicalização da Vida como Enfrentamento do Mal-Estar. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [s. l.], v. 13, n. 43, p. 392-404, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i46.1854>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1854>. Acesso em: 2 jan. 2024.

SALIMENA, A. M. O. *et al.* Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e51934, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.51934>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CFKjpXGRTVLV7MPzymTrGVM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 set. 2022.

SALVADOR, A de. *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1312, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dGn6dRF4VHzHQJyXHNSZNND/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2022.

SARRAZIN MARTÍNEZ, J. P. La relación entre religión, espiritualidad y salud: una revisión crítica desde las ciencias sociales. **Hallazgos**, [s. l.], v. 18, n. 36, p. 409-442, 2021. DOI: 10.15332/2422409X.5232. Disponível em: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/5232>. Acesso em: 22 maio 2022.

SILVA FILHO, J. A. da. *et al.* Religiosidade e espiritualidade em saúde mental: formação, saberes e práticas de enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, suppl. 3, e20200345, 2022. Disponível em: [http://old.scielo.br/pdf/reben/v75s3/pt\\_0034-7167-reben-75-s3-e20200345.pdf](http://old.scielo.br/pdf/reben/v75s3/pt_0034-7167-reben-75-s3-e20200345.pdf). Acesso em: 25 jun. 2022.

TAVARES, F. Experiência religiosa e agenciamentos eficazes. In: **Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde**. TAVARES, F.; BASSI, F. (org.). Salvador: EDUFBA, 2013. p. 261 -283. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/16787>. Acesso em: 14 out. 2022.

TAVARES, F. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. **Mana**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 201–228, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/vDTTSx75GBVPrqhsqctPqRc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 out. 2023.

URIARTE, U. M. O que é fazer etnografia para os antropólogos. **Ponto Urbe**, São Paulo, n. 11, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.300>. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/300>. Acesso em: 06 jul. 2022.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. GERTH, H. H; WRIGHT MILLS, C. (org.). Rio de Janeiro: LTC, 2016.

ZOURABICHVILI, F. **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Centro Interdisciplinar de Estudo em Novas Tecnologias e Informação, 2004. Disponível em: <https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/deleuze-vocabulario-francois-zourabichvili1.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2023.

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com usuários

### INTRODUÇÃO:

Agradecemos ao senhor/senhora pela disponibilidade em conversarmos sobre sua saúde. Iremos lhe fazer algumas perguntas, caso tenha dificuldades no entendimento de alguma questão poderá pedir para repetirmos. Caso se sinta desconfortável em responder alguma pergunta tem o direito de não responder. Não existem respostas certas ou erradas. Nosso interesse é saber o seu ponto de vista. Seus dados e principalmente seu nome não serão divulgados.

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

AUTOIDENTIFICAÇÃO RACIAL: \_\_\_\_\_

LOCAL DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

TRABALHO ATUAL: \_\_\_\_\_

RENDA FAMILIAR MÉDIA: \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

### PERGUNTAS:

- 1) Como você descreveria sua saúde?
- 2) Como você estava se sentindo quando chegou ao CAPS pela primeira vez?
- 3) Que tipo de tratamento você faz no CAPS?
- 4) Você frequenta algum espaço fora do CAPS para melhorar sua saúde?
- 5) Dos medicamentos que atualmente o médico passa para você quais costuma tomar?
- 6) Dos medicamentos que atualmente o médico passa para você, tem algum que não consegue usar todos os dias?
- 7) Quem / o quê você procura quando percebe que sua saúde não vai bem?

- 8) Na sua opinião, existem situações em que uma doença pode ser tratada sem procurar um profissional de saúde? (por exemplo: médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, etc.)
- 9) Como você sabe quando é uma doença que pode ser tratada com ajuda de algum profissional de saúde e quando pode ser tratada de outra forma?
- 10) Você já buscou alguma prática religiosa/espiritual para tentar resolver algum problema de saúde?
- 11) Você já viveu alguma experiência religiosa / espiritual que acredite ter modificado sua saúde?
- 12) Você se considera uma pessoa religiosa / espiritual?

**HORÁRIO DE INÍCIO DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_

**HORÁRIO DE FINALIZAÇÃO DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com profissionais

### INTRODUÇÃO:

Agradecemos ao senhor/senhora pela disponibilidade em conversarmos sobre sua prática profissional. Iremos lhe fazer algumas perguntas, caso tenha dificuldades no entendimento de alguma questão poderá pedir para repetirmos. Caso se sinta desconfortável em responder alguma pergunta tem o direito de não responder. Não existem respostas certas ou erradas. Nosso interesse é saber o seu ponto de vista. Seus dados e seu nome não serão divulgados.

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

AUTOIDENTIFICAÇÃO RACIAL: \_\_\_\_\_

LOCAL DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

RENDA FAMILIAR MÉDIA: \_\_\_\_\_ RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

### PERGUNTAS:

- 1) Em seus atendimentos aos usuários ou familiares deste CAPS você costuma indicar algum tipo de prática de cuidado ou recurso terapêutico não farmacológico? Quais?
- 2) Você considera o CAPS como um espaço onde o usuário pode expressar livremente suas experiências religiosas ou espirituais?
- 3) De seu ponto de vista, profissionais deste CAPS consideram os aspectos religiosos ou espirituais vivenciados pelos usuários como possibilidades de intervenção no cuidado em saúde?
- 4) Você conhece algum protocolo, diretriz ou algum instrumento que norteie a abordagem de aspectos religiosos ou espirituais no CAPS onde atua?
- 5) Diante de relatos de experiências religiosas/espirituais dos usuários que costuma atender neste CAPS como se sente?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O estudo que o senhor (a) está sendo convidado a participar: “RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E PRÁTICAS DE CUIDADO: AS EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL” é desenvolvido pelos pesquisadores Profa. Dra. Thais Rodrigues Penaforte e Adriel Souza Vilas Boas Soares. E, tem como objetivo compreender como as experiências religiosas/espirituais vivenciadas por usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Bahia integram-se às práticas de cuidado profissionais e individuais.

A sua participação neste estudo, como podemos ver, é muito importante. E para isso, nesta pesquisa, faremos algumas entrevistas, onde perguntaremos a respeito de sua saúde e experiências de vida e tratamentos dentro e fora do CAPS. Garantimos que a sua rotina de atendimento não sofrerá nenhuma alteração e/ou interferência, com a sua participação nesta pesquisa.

Eu gostaria também da sua autorização para gravar as suas respostas e assim garantir que nenhuma informação que o(a) senhor(a) disser seja perdida. Mas reafirmo que esta gravação terá o mesmo cuidado e rigor em relação ao seu anonimato e sigilo.

Os benefícios da sua participação incluem melhor conhecimento sobre como as práticas de cuidado individuais e profissionais são afetadas por questões subjetivas, contribuindo para alcançarmos uma assistência à saúde digna e de qualidade.

Nós, enquanto pesquisadores, nos comprometemos em garantir ao (à) senhor (a) o máximo de benefícios com o mínimo de danos e riscos, sejam eles potenciais, individuais ou coletivos. E como todo estudo que envolve pessoas, esta pesquisa possui alguns riscos, porém, consideramos que a chance de riscos e/ou danos imediatos acontecerem ao (à) senhor(a) encontra-se na categoria de risco mínimo. Os riscos potenciais podem acontecer: de forma física como exposição acentuada a situações de desconforto; de forma psíquica como a possibilidade de revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e

sentimentos nunca revelados; de forma moral ao responder a questões sensíveis e de forma social por discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado.

Ao mínimo desconforto que uma das perguntas possa lhe causar, o (a) senhor (a) tem a total liberdade de interromper a sua participação, a qualquer momento ou mesmo solicitar algum tipo de indenização em caso de danos decorrentes da sua participação. Para todas estas situações o (a) senhor(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis – Thais Rodrigues Penaforte e Adriel Souza Vilas Boas Soares (contatos no final) para que providências sejam tomadas e que o(a) senhor(a) receba toda e qualquer tipo de assistência e acompanhamento necessário.

Como medidas a serem tomadas frente aos potenciais riscos, poderemos: a) minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; b) garantir que todos os pesquisadores sejam habilitados para proporcionar uma melhor experiência no momento das entrevistas; c) estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto.

Informamos que a sua participação será estritamente voluntária e gratuita, e não envolverá nenhum gasto financeiro ou pagamento pelas entrevistas.

Todas as informações contidas nesta pesquisa serão publicadas depois, porém de forma anônima e sigilosa e apenas em meios científicos. Assim, solicitamos a sua permissão, com a assinatura deste termo, para a divulgação dos resultados deste estudo em meios científicos.

Todas as informações coletadas, assim como a assinatura deste termo de consentimento, ficarão armazenadas por 5 anos, sob a minha guarda e responsabilidade, na sala em que trabalho neste CAPS II. Após este período, iremos jogar tudo fora, mas os papéis serão rasgados de forma que mantenha seu sigilo e confidencialidade.

O(a) senhor(a) e a comunidade que reside não serão identificados de nenhuma maneira, assim como as informações que nos disser. Tudo que conversarmos será tratado de maneira anônima e sigilosa, a fim de preservar sua privacidade.

O (a) senhor (a) possui a garantia do completo esclarecimento de todas as suas dúvidas durante o desenvolvimento do trabalho e está livre para desistir de sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer tipo de constrangimento, prejuízo ou punição.

Deste modo, para se tornar participante deste estudo, peço-lhe que assine este termo de consentimento, que está sendo emitido em 2 vias, assinadas por mim e pelo (a) senhor (a), sendo que uma via ficará com o (a) senhor(a) e a outra armazenada comigo. Saliento também que, este estudo foi aprovado, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Farmácia da

Universidade Federal da Bahia, cujo contato está descrito abaixo para maiores informações e/ou esclarecimentos.

---

Dra. Thais Rodrigues Penaforte  
MEPISCO- UNEB  
Faculdade de Farmácia-UFBA  
Contato: (71) 3018-8041 - thaisrpenaforte@gmail.com

---

Adriel Souza Vilas Boas Soares  
MEPISCO-UNEB  
Contato: (71) 996897397 - adrielsoares.far@gmail.com

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, localizado à rua Barão de Jeremoabo, 147, Ondina, Salvador, BA. CEP 40170-115. Tel (71) 3283-6900.

### **Certificado de Consentimento**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelos pesquisadores e ter compreendido o quê me foi explicado, concordo em participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

## APÊNDICE D – Produto tecnológico

Um dos diferenciais do Mestrado Profissional é a execução do produto tecnológico. Através desse produto, o pesquisador desenvolve, para serviço em que está realizando seu trabalho, um recurso aplicável à resolução de problema/demanda existente, promovendo a qualificação de determinado processo institucional.

A vivência prévia no serviço sinalizou, ao pesquisador, que uma das lacunas existentes no CAPS pesquisado consistia no distanciamento ou fragilidade de relações sociais entre a maior parte dos profissionais de saúde e as lideranças religiosas da região. Tal situação dificultava o reconhecimento e a interlocução entre o serviço de saúde e as práticas religiosas/espirituais, acessadas por parte das pessoas acompanhadas, implicando em prejuízos ao PTS. Assim, tendo essa suspeita confirmada, após apresentação do projeto de pesquisa em reunião técnica do CAPS, decidimos realizar, como produto tecnológico, duas Rodas de Conversa (RC), buscando aproximar líderes religiosos/espirituais, da região onde o CAPS está localizado, e os profissionais que compõem a equipe deste serviço.

As RC vêm sendo utilizadas em diversos campos de pesquisa, principalmente na área da educação. Compreendem, não apenas, uma simples configuração de cadeiras em círculo, para o desenvolvimento de falas a respeito de determinado assunto. Mais do que isso, constituem um espaço de encontro de atores sociais, onde experiências são compartilhadas e diferentes percepções são entrecruzadas, através de uma proposta de diálogo sobre a temática proposta (Salvador *et al.*, 2014). Ao permitirem a “[...] ressonância coletiva, a construção e reconstrução de conceitos e argumentos pela escuta e pelo diálogo com os pares e consigo mesmo” (Moura; Lima, 2014, p. 28), as RC, no âmbito de pesquisas qualitativas, se apresentam como excelentes recursos de obtenção de narrativas. Os diálogos obtidos podem ser analisados, cientificamente, gerando novos conhecimentos, uma vez que, segundo Melo *et al.* (2016), a conversação promove análise crítica da realidade, favorecendo a ampliação da compreensão dos fenômenos sociais.

Na área da saúde, tem crescido a utilização de RC, como forma de compreensão de determinados fenômenos, especialmente aqueles que requerem análises qualitativas em sua investigação, tais como descrições de experiências etnográficas. Outrossim, as experiências que emergem nas rodas de conversa são, na ótica de Pinheiro (2020), impregnadas de intenso caráter cultural:

As pessoas convidadas a integrá-las carregam consigo vivências neste sentido; a chegada ao encontro não é isenta de experiências próprias em práticas de

conversação e partilha, que podem estar ligadas a ações educativas reconhecidas no campo, articuladas a costumes comunitários ou, de maneira mais abrangente, associadas às relações sociáveis que produzimos (Pinheiro, 2020, p. 3).

A partir desta premissa, promovemos nos dias 16 e 23 de maio de 2023, em alusão ao dia nacional da Luta Antimanicomial, 18 de maio, duas RC com o tema: “Contribuições das diversas práticas religiosas/espirituais na promoção do cuidado em saúde mental”. Os eventos contaram com a participação das lideranças das quatro religiões com maior número de adeptos no município do estudo, segundo dados do IBGE referentes ao ano de 2010: católica, evangélica, espírita e candomblé.

No primeiro dia de RC, profissionais do CAPS e lideranças religiosas dialogaram sobre o seguinte subtema: “Religiosidade e Espiritualidade: Possibilidades de integração com as práticas de cuidado individuais e profissionais”. Oportunizamos que as lideranças religiosas, a partir de perguntas norteadoras e mediação do pesquisador, se expressassem, falando a respeito de como costumam lidar com as questões de saúde mental que afetam as pessoas de sua comunidade. Semelhantemente, os profissionais do CAPS tiveram condições de conhecer como os representantes daquelas religiões percebiam e manejavam problemas relativos ao âmbito da saúde mental, em seus territórios. Assim, os participantes das RC obtiveram maior compreensão a respeito da interseção entre algumas práticas religiosas/espirituais e o cuidado de saúde.

A ordem das falas das lideranças religiosas foi definida por sorteio e, por cerca de 10 minutos, cada uma delas pôde expor seu ponto de vista sobre cada questão levantada. Alguns trechos que nos chamaram a atenção são apresentados, brevemente, a seguir<sup>11</sup>:

#### Fala do babalorixá:

*Nós acolhemos cinco famílias em situação de rua, ou seja, vive uma comunidade dentro do terreiro. Nesse período agora, pós-pandemia, nós observamos que aumentou muito casos de ansiedade, de perda do sono, até casos de alcoolismo têm aumentado. Para o conceito do candomblé, dentro de nossa cabeça existe um orixá primordial chamado Ori. Então, o trabalho todo é feito em cima desse Ori, para que tranquilize, para que consiga harmonizar essa energia que tem nesse corpo. Nós vamos para trabalhos que são feitos lá no terreiro, à base de folhas. Existe folha do ar, folha da terra e folha das águas. E, aí, procuramos fazer os trabalhos com folhas da água que são folhas frias, pra justamente equilibrar essa energia do Ori e é o*

---

<sup>11</sup> Os trechos das falas dos interlocutores que participaram das Rodas de Conversa, aqui destacados, constituem parte das transcrições destes eventos realizados como produto tecnológico do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (UNEB), com objetivo de favorecer a interlocução entre lideranças religiosas/espirituais locais e profissionais do CAPS, bem como o compartilhamento de experiências envolvendo o cuidado em saúde mental. Entretanto, optamos por focar apenas nas análises das cenas etnográficas envolvendo diretamente as pessoas acompanhadas, uma vez que as reflexões sobre as considerações da equipe de profissionais e lideranças religiosas colhidas nestes eventos demandariam um tempo de execução não factível nesta pesquisa.

*que vai trazer equilíbrio pra todo esse corpo. Existem casos que fogem da alçada da religiosidade, no caso, do candomblé, que é preciso entrar com medicação. Aí é encaminhado, no caso de surto, pra uma UPA, né, ou então pra um tratamento no CAPS. Não adianta só o terreiro fazer o seu trabalho espiritual, o seu trabalho para diminuir, amenizar essa ansiedade, essa angústia, essa depressão, o problema do alcoolismo, sem encaminhar para o profissional adequado. Então é feito sempre um trabalho conjunto. As pessoas que vão à procura de um socorro, de um auxílio, não é indicado, não é visto como você para ficar bem, você tem que ser iniciado no orixá, não. Você tem que fazer um trabalho, não. É feito essa escuta e, a partir daí, é visto se é necessário se fazer alguma coisa. Às vezes só um banho vai resolver. Às vezes só um chá. Às vezes realmente precisa de um trabalho espiritual. Mas muitas vezes é um trabalho de um profissional competente daquela área específica. Não é o terreiro que vai tomar esse local do médico, do psicólogo, do psicoterapeuta, e por aí vai. Lá nós temos uma prática interessante que no café da manhã a gente faz assim: Os capsianos já tomaram as medicações de hoje? O pessoal da Atenção Básica já tomou a medicação? É uma coisa tão comum e natural que não é visto como uma ofensa.*

#### Fala da líder do Centro Espírita:

*Nós temos um grupo de oração que as pessoas fazem, às vezes, necessidade de um problema de saúde, seja qual for o problema, liga pra gente pedindo que faça oração e a gente manda, coloca o nome no grupo de oração, e todos vibram. Temos nossos trabalhos de reequilíbrio de chakras porque trabalhamos com passe, trabalhamos com águas fluidificadas, trabalhamos com o reiki, trabalhamos com cromoterapia, temos o trabalho de atendimentos nas macas, temos o trabalho de orientação espiritual, temos um trabalho que a gente faz de acordo com a necessidade de cada um, a gente escuta. Porque hoje é muito difícil a gente ouvir alguém, escutar alguém. Muitas vezes, as pessoas não precisam de tanta coisa. Precisam de ser escutados, sendo que a gente ouça eles, abraça e diga eu estou aqui. A nossa instituição, inclusive, a gente fala assim: A questão da terapêutica espírita não substitui o tratamento médico ou psicológico, mas completa-o, por isso, na dúvida e caso de divergência, siga exclusivamente a orientação médica. Então a gente deixa... porque primeiro vai pro médico e aí quando não consegue vai até nós. Porque não temos nenhuma pretensão de fazer o trabalho do médico, nem do psicólogo e tudo mais.*

#### Fala do padre da Igreja Católica:

*Nós encontramos muito sofrimento de pessoas que a Pandemia deixou muitas, muitas consequências. E eu acho que a gente nem enxerga claramente todas as consequências. Encontramos muitas pessoas, assim, de problemas, problemas de saúde mental. Não sou médico, não conheço todas essas, mas Síndrome de Down, autismo, depressão, encontramos todas. Enfim, muito sofrimento nós encontramos. Temos uma pastoral que começou agora, a pastoral da pessoa idosa, vamos visitar as pessoas idosas em casa e a partir daí, abre os olhos para ver quais são as suas necessidades familiares, de saúde, etc. Temos uma pastoral da criança, também, que está funcionando, que visita principalmente as famílias que têm crianças carentes menores de seis anos, né. Temos uma pastoral da caridade, pessoas, cestas básicas, pessoas da rua também, então, ajuda também, uma sopa, uma aproximação. Temos os ministros da comunhão que vão para a eucaristia, as pessoas idosas ou doentes da comunidade. Então todas as semanas as pessoas idosas que conhecemos, as católicas principalmente, a gente visita. E o que quero dizer é: Pra mim não é uma substituição, não é, de toda outra área médica, enfermagem ou outros profissionais. Nós visitamos para ser um ato de amizade. Porque diante de um sofrimento, quando eu estou na cama de um hospital, a visita de um amigo é um tesouro precioso. É claro que o médico é importante, enfermeira também, mas o amigo traz algo que talvez a enfermeira e o médico não trazem que é amizade. Então são duas vertentes das nossas visitas, uma sempre sobre amizade,*

*sempre estar presente, uma compaixão, e um esclarecimento, ajuda para que a pessoa possa encontrar no seu próprio sofrimento, doença, na sua solidão, quer seja o sofrimento, uma, um pequeno sentido, entender como uma luz na sua, na sua dificuldade.*

#### Fala dos missionários de uma Comunidade Terapêutica:

*Nós fazemos parte das Missões Nacionais. Trabalhamos dentro da agenda compaixão e graça e somos do programa Cracolândia. Eu sou um resgatado da Cracolândia de São Paulo, a qual eu vivi quinze anos. Fiz tratamento no CAISM, Centro Integrado à Saúde Mental porque eu tentei me matar várias vezes, eu cortei pulso, pescoço, tomei veneno de rato e nada deu certo. Um dia, dentro da Cracolândia de São Paulo, desacreditado da vida porque a senhora minha mãe tinha falado pra mim que nunca deveria de ter tido um filho negro, com dez anos de idade meu amigo me deu uma facada no pescoço, eu só queria perder minha vida. Um jovem entrou lá, me deu um abraço e falou assim: Jesus, ele te ama e eu também. Eu parei pra pensar um pouco nisso. Foi. Esse cara tá de brincadeira comigo. E falei: Ele não aparece mais. Quem quer tá dentro da Cracolândia de São Paulo? No outro dia ele voltou. Ele me deu outro abraço. Voltou ao terceiro dia, quarto dia, quinto dia. No sexto dia eu decidi sair da Cracolândia. Estou em Salvador faz dez anos. Sou casado, meu filho tem sete meses, sou gestor da unidade aqui. A gente trabalha dentro de três áreas na Cracolândia. Dividimos essas três áreas para que cada um assuma as suas responsabilidades. Eu, como missionário, trabalho na área espiritual, juntamente com outros missionários que lá estão. Mas também trabalhamos na área emocional, na área mental, com os nossos psicólogos e psicanalistas que são parceiros na unidade. E também, com a ajuda da Unidade Básica de Saúde, nós trabalhamos com a área física de nossos acolhidos que chegam lá. A gente também tem um diferencial porque a gente atua dentro da assistência social, uma visão que é chamada vida na vida. Nós não apenas vamos ao culto pra falar pra ele o que ele precisa seguir em uma visão bíblica, mas nós também trabalhamos o vida na vida, pelo que a gente acompanha ele, em todas as tarefas do nosso acolhido. Todos os dias nós temos um processo de escuta com os nossos acolhidos, onde a gente ouve suas dificuldades, onde ele pontua pra gente os seus problemas familiares. A gente divide essas três áreas pra que a gente não assuma o lugar que é do outro. Eu não sou médico, não sou psicólogo, não posso interferir nessa área. Existe um versículo, Primeira Carta de João, capítulo três, versículo dezesseis, que João vai dizer: Cristo deu a vida por nós e nós devemos dar a nossa vida pelo nosso irmão.*

#### Fala da coordenadora do CAPS:

*Me parece que com a prática de trabalho a gente vem perdendo um pouco, né, esse papel da espiritualidade e a importância da espiritualidade no cuidado. A gente acaba sendo um pouco, entre aspas, mais céticos, mais práticos, a rotina do dia a dia, e nos leva, nos levam a pensar mais no imediato do corpo e esquece, às vezes, que a parte espiritual faz parte do cuidado.*

#### Fala da subcoordenadora municipal de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas:

*A religiosidade é extremamente importante para a continuidade do cuidado. O padre ajuda, o pastor ajuda, a liderança, como é que chama a liderança do candomblé? Babalorixá. Então, todos são potências para ajudar em algo que a gente chama Projeto Terapêutico Singular. Então, se eu tenho uma vinculação religiosa com o centro espírita, os representantes da doutrina espírita irão nos ajudar acrescentar com o passe, com a escuta qualificada, como a senhora falou, o padre também, lá na confissão, ou em sentar para escutar aquelas pessoas, já nos ajuda na continuidade do cuidado, né. Então, assim, achei fantástico a fala do senhor a respeito do tratamento com as folhas. Achei fantástico trazer, resgatar, a nossa, a nossa condição básica, a terra, o ar, a água, que é algo que faz parte de*

*todas as religiões, de todos nós. Então, assim, resgatar isso para as pessoas é um acréscimo no Projeto Terapêutico Singular. Muitas vezes a pessoa não quer nem tomar o medicamento, padre, mas às vezes prefere a sua oração, prefere a sua fala, a sua escuta. Muitas vezes ela quer o reiki ao medicamento. Adriel é farmacêutico, né. Muitas vezes ela prefere o banho de folhas, né, porque vai dar uma acalmada, né. Então, pra nós aqui, que é um público discriminado, que vive o preconceito diariamente, né, a gente precisa respeitar a escolha religiosa dessas pessoas e de não querer nenhuma escolha religiosa, né. Esse espaço é espaço de potência para o cuidado em liberdade, para o cuidado com o outro, para com o respeito para com as pessoas, com as individualidades.*

#### Fala da psicóloga 1 do CAPS:

*Muitas vezes, quando, principalmente no acolhimento, aqui na primeira escuta com minha referência, eu gosto de perguntar por onde a pessoa foi buscar cuidado primeiro e raríssimas vezes foi aqui. Primeiro lugar, geralmente, é onde elas se sentem mais próximas da espiritualidade, né, onde elas reconhecem a fé delas, depois no médico, depois na gente. Quando eu não tô bem, a primeira coisa que eu penso é de parar pra fazer o meu mantra. É... fazer um mantra, fazer uma oração, é chamar por arcanjo Miguel, depois é que eu vou pensar na minha psicóloga. E sou psicóloga. Então assim, é por onde a gente se regula, né. E a espiritualidade tem um poder de regulação que ela, que ela atravessa mesmo porque ela é muito antes de nós, ela é muito antes do que a gente entende concretamente. Ela é ancestral mesmo. Então assim, ela deu significado antes de ter significado, né, pras coisas. Antes de ter o sentido das outras coisas. Então ela chegou primeiro. Quando eu cheguei em CAPS, em dois mil e sete, que a gente ia fazer ficha de acolhimento, ninguém se dizia outra coisa além de católico e hoje eu já ouço todas as outras, é... reconhecimento de todas as outras religiões. Já ouço as pessoas falando, mas quando eu cheguei em CAPS, não. Dizia muito tempo depois: Olha eu vou pra tal lugar, eu faço tal coisa... mas não era. E a gente sabia que isso não era verdade.*

#### Fala da artista plástica do CAPS:

*A gente tá falando da necessidade de um cuidar um do outro. Cada vez tá mais difícil cuidar um do outro, cuidar coletivamente, nunca, debaixo de um capitalismo que tá o tempo todo colocando também as pessoas numa vida miserável. Quando as pessoas perdem a perspectiva de futuro, a religião não vai resolver o problema, ela pode consolar, mas ela não vai resolver, como nada vai resolver. A pessoa precisa ter recursos pra mudar a própria realidade.*

#### Fala da psicóloga 2 do CAPS:

*À medida que o Estado abre mão ou deixa de atender as pessoas nas suas necessidades básicas, essas pessoas terminam se tornando muito mais vulneráveis e adoecendo mais e atribuindo a Deus algumas de suas mazelas. E dando a Deus, digamos, o poder de solucioná-las. A gente vai ver muita busca espiritual que na verdade é busca de preenchimento de comida, por exemplo, vamos falar de comida como sendo todas essas, essas necessidades é... materiais, biológicas que precisam ser preenchidas e não estão sendo preenchidas aqui pelo campo espiritual e termina tudo aqui também na medicação também muitas vezes, né.*

No segundo dia de encontros falou-se sobre: “Interação entre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e as instituições religiosas/espirituais da região como estratégia de promoção da saúde mental no território”.

#### Fala dos missionários de uma Comunidade Terapêutica:

*Nós como Cristolândia, queríamos agora, nesse exato momento, talvez seja uma capacitação não só pra equipe, mas também um momento de bate-papo como esse para os nossos acolhidos, para entender que CAPS não é um lugar de louco, mas é um serviço especializado para aqueles que precisam desse trabalho e desse acolhimento. Então, pra quebrar um pouco dessa discriminação que há, não só desses acolhidos, como a gente vê até de outros profissionais que trabalham, não nessa área específica, que discriminam o nome, fala o nome CAPS e acabou aí.*

#### Fala do babalorixá:

*Eu tenho a felicidade de dizer que eu não tenho esse problema lá no terreiro, de encaminhamentos, por conta do trabalho que é feito com o Agente Comunitário da área. A nossa demanda é encaminhada para a Atenção Básica e daí é encaminhada para as devidas necessidades de cada um. O que eu trago é uma sugestão, talvez isso possa já existir e eu não tenha conhecimento. Seria um serviço de busca ativa para os pacientes que já estão cadastrados no CAPS e que abandonaram o tratamento. A outra sugestão seria o Agente Comunitário solicitar de quem é responsável pela instituição, pela igreja, pela, pelo terreiro, pelo centro espírita, pela Igreja Católica, se existe alguém nessa situação para fazer o devido encaminhamento.*

#### Fala da profissional de educação física do CAPS:

*Eu acho que tem um dispositivo que é bem importante, que eu acho que ainda aqui no município ele talvez ainda esteja ou pouco usado ou pouco potente que é o Consultório na Rua, que é o que eu acho que é o que poderia dar conta de acompanhamento, né, junto, que eles são vinculados à Atenção Básica. Então essa equipe é uma equipe que circula no território. Então essa equipe é que poderia cuidar dessas pessoas que estão em situação de rua, estão sem vínculos, enfim. Então, talvez seja possível fazer essa articulação, também.*

#### Fala da líder do Centro Espírita:

*Estamos querendo implantar um ambulatório, acredito que vamos detectar mais problemas. Alguns médicos já foram lá pedir para trabalhar com a gente, daí a gente pode fazer uma parceria mais ativa com vocês.*

#### Fala da assistente social do CAPS:

*Temos uma usuária com sofrimento psíquico grave, persistente, em que a questão religiosa funcionou de uma forma prejudicial porque os familiares são evangélicos e o esposo estava atribuindo as crises dela com a presença do diabo, justificando que era o diabo. E isso ela chorava, o sofrimento se intensificava. E ela tem consciência de que realmente ela tem um transtorno mental e queria que a família lidasse com isso dessa forma. E aí a gente iniciou, tanto eu como Adriel, intervenções com a família - e vai precisar de muito mais. Tem outra usuária, né, que ela faz tratamento aqui no CAPS, que ela é evangélica e ela encontra com os irmãos da igreja como rede de apoio porque os familiares, ela tá distante, com o vínculo bem fragilizado com a família. Porque em uma situação de crise eles foram agressivos com ela, até o SAMU chegar em sua residência. Então ela vem contando com os evangélicos como rede de apoio. Aí já tem uma questão aí, já é funcional, já é positivo.*

Fala da psicóloga 1 do CAPS:

*Uma jovem que ela veio pra mim, de referência, e que ela trouxe e inclusive, entendendo que o adoecimento dela tava sendo entendido pela família, principalmente pelo pai, que era uma questão de que ela não tava trabalhando a mediunidade dela. Então, ela veio pro acolhimento com a mãe, passou pelo acolhimento, aí passaram para a primeira entrevista comigo, pra matrícula. E aí na primeira entrevista ela falou, trouxe esse relato e disse: Eu vim pra esse momento com você, mas antes de qualquer coisa, de passar pela médica, de tá fazendo aqui as atividades, eu quero tentar ir lá no centro, que meu pai frequenta, fazer o que ele tá me insistindo tanto de fazer. Só depois que eu passar por isso, se eu não melhorar, aí eu vou aceitar fazer algum outro acompanhamento, né. E eu achei bem interessante, achei que pra ela também faz sentido, assim, ela tava tentando dar resposta às duas coisas ao mesmo tempo, mas não tava conseguindo ficar confortável, também acho que tem isso. O que ela trazia também, é um momento bem delicado, é um momento de filtro da gente também, na nossa escuta, assim, porque a gente não pode dizer: Não, mas faça aqui primeiro... ou então só sustentar: Não vá pra lá e a pessoa não volta... vai que não tem esse retorno também e a gente fica sem saber se melhorou, se não melhorou.*

A aplicação deste produto tecnológico permitiu um diálogo rico e respeitoso entre as lideranças religiosas e profissionais de saúde do serviço, proporcionando quebra de barreiras culturais e preconceitos existentes. Ao término das Rodas de Conversa, o retorno foi bastante positivo, tanto em relação à experiência quanto ao aprendizado com a aproximação proposta.

**APÊNDICE E – Plano de análise**

<b>Quadro 1 - Plano de Análise da Pesquisa "Religiosidade, Espiritualidade e Práticas de Cuidado: As Experiências de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial"</b>						
<b>Macroconceito</b>	<b>Categoria Analítica</b>	<b>Categoria Operacional</b>	<b>Questões Norteadoras</b>	<b>Fontes de Verificação</b>	<b>Elementos do discurso</b>	<b>Categorias Empíricas Evidenciadas</b>
Expressões relativas ao âmbito religioso	Religião	Aspectos constituintes da cultura humana ligados a processos históricos específicos e desvinculados de sistemas de símbolos.	Você considera que pertence a alguma religião?	Roteiro de Entrevista; Análise documental; Observação participante	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. É Deus, é Cristo, é Jesus Cristo;</li> <li>2. Ter Deus dentro de mim; Religião tem que ser suave;</li> <li>3. Igreja Batista; Religião não salva;</li> <li>4. Igreja Adventista;</li> <li>5. Não tenho religião;</li> <li>6. Eu vou pra igreja.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Deus/Jesus Cristo</li> <li>b) Igreja</li> <li>c) Deus dentro de si;</li> <li>d) Não ter religião.</li> </ol>
	Religiosidade	Crenças e práticas institucionais, frequência a cultos e compromisso com um sistema doutrinário de uma igreja ou religião.	Você já buscou alguma prática religiosa/espiritual para tentar resolver algum		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eu tô indo pra igreja; eu era do candomblé; já fui pra mesa branca;</li> <li>2. Não se vê como religiosa;</li> <li>3. Não se vê como pessoa religiosa,</li> <li>4. Frequenta culto para ouvir pregações sobre Jesus e alimentação saudável;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Frequência em cultos</li> <li>b) Autoidentificação como pessoa não religiosa.</li> </ol>

			problema de saúde? Você se considera uma pessoa religiosa / espiritual?		<p>5. Frequentar os cultos gerou efeitos positivos em sua saúde;</p> <p>6. Frequenta igreja evangélica para receber orações; Escuta de programas religiosos no rádio;</p>	
	Espiritualidade	Experiências espirituais mais diretas em contraposição à religião institucional.			<p>1. Orei por Dentro e meditei no Salmo 91;</p> <p>2. Crê que Deus é o que tem de bom dentro de si;</p> <p>3. Crê na Palavra de Deus; Cristo é que Salva; Fico citando versículos bíblicos; orei, clamei sozinho;</p> <p>4. Oração</p> <p>5. Crê que Deus está dentro dela;</p> <p>6. Ora muito e lê a bíblia</p>	<p>a) Oração como meio de manifestação de espiritualidade;</p> <p>b) Meditação de versículos da Bíblia;</p> <p>c) Percepção da presença de Deus dentro de si;</p>
	Experiência religiosa ou espiritual	Sensações, desejos, afetos e pensamentos relativos à vivência religiosa ou espiritual.	Você já viveu alguma experiência religiosa ou espiritual que acredite ter modificado sua saúde?		<p>1. Eu tenho um anjo que fala coisas boas; já tomei banho de folha, fiz limpeza, dei bori; eu orei por dentro; uma coisa tocou em minha cabeça; acreditava que seu problema é espiritual;</p> <p>2. Eu clamei a Deus para que meu filho não morresse; ia jogar o</p>	<p>a) Problema espiritual na relação com o adoecimento;</p> <p>b) Oração em momentos de sofrimento</p> <p>c) Anjos intervindo no cuidado</p> <p>d) Meditação na Bíblia como recurso</p>

				<p>carro no rio, mas Deus me livrou; comecei orar: Jesus, Jesus; Bullying na infância por ser evangélica; rigor paterno na criação com doutrinação religiosa; no início do acompanhamento não identificou experiência religiosa/espiritual que tenha ajudado</p> <p>3. Fica Satanás falando comigo; Repreendo, fecho os olhos e repreendo; me lembrei de Deus; meditava no salmo 91; não participar dos rituais da igreja doía o coração;</p> <p>4. Maus tratos sofridos na infância em terreiro de candomblé; Misturou religião com trabalho; achava que o processo de adoecimento era espiritual; em momentos de crise costuma pregar com muita ênfase;</p> <p>5. Seu problema de saúde tem haver com espírito de loucura; Após reconciliação com Jesus,</p>	<p>terapêutico</p> <p>e) Rituais religiosos com ação na saúde;</p> <p>f) Excesso de religiosidade como fator de predisposição ao adoecimento.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>teve um encontro com um anjo e os pensamentos de morte saíram; líderes religiosos a incentivaram manter o tratamento farmacológico;</p> <p>6. Crença de que os problemas de saúde são consequentes a obras de macumbaria; filho curado de problema de saúde por Jesus; A oração ajuda dormir bem e ter vida tranquila.</p>	
Cuidado em Saúde e aspectos de R/E	Práticas de Cuidado em Saúde	Abordagens assistenciais expressas por trabalho vivo, acolhida das demandas em saúde emergidas em momentos de fala, escuta e interpretações, envolvendo encontro entre profissional e usuário na produção de vínculos.	Que tipo de tratamento você faz no CAPS? Você frequenta algum espaço fora do CAPS para melhorar sua saúde? Quem ou o que você procura quando percebe que sua saúde		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestão Autônoma do uso de Medicamentos; Frequência a cultos na igreja evangélica; oficinas no CAPS; escuta por profissionais do CAPS.</li> <li>2. Uso medicamentos e orações em situações de perigo/risco de vida.</li> <li>3. Precisava orar para afastar o mal; busco a minha igreja; leio a Bíblia; Jesus Cristo e os remédios.</li> <li>4. Costuma orar no horário de utilizar os medicamentos; os medicamentos atrapalham sua</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Potencial da oração no processo de cuidado;</li> <li>b) Frequência a cultos em igrejas evangélicas como apoio diante do sofrimento;</li> <li>c) Associação do uso de medicamentos e práticas religiosas/espirituais;</li> <li>d) A Bíblia como recurso contra pensamentos negativos;</li> <li>e) Participação em oficinas do CAPS</li> </ol>

			<p>não vai bem? Na sua opinião, existem situações em que uma doença pode ser tratada sem procurar profissional de saúde?</p>		<p>oração; No CAPS trazia livros religiosos para uso coletivo; dialogava com sua TR sobre a Bíblia; Frequenta Igreja Adventista para aprender sobre alimentação saudável.</p> <p>5. Buscar Deus na igreja e manter uso de remédios; Deus age nos médicos e nos remédios; Deus pode fazer o extraordinário (ficar curada); Leitura de Salmos, oração e relacionamento com Deus como forma de proteção à saúde; participação em oficinas do CAPS segundo o móvel gospel;</p> <p>6. Oração, leitura bíblica; receber oração na igreja; folhas servem para Deus aliviar o corpo; Uso de haloperidol decanoato e mudanças no comportamento afastado-a da frequência no CAPS.</p>	<p>segundo critérios religiosos/espirituais;</p>
--	--	--	--	--	---	--