



## “Má-fé”? Pistas cartográficas de um Centro de Atenção Psicossocial em meio às espiritualidades e religiosidades

"Bad faith"? Cartographic clues of a Psychosocial Care Center in the midst  
of spiritualities and religiosities

João Vítor Moreira Gonçalves<sup>1</sup>

**Resumo:** Em meio à desvalorização de outros modos de saber-fazer pelo conhecimento científico moderno/colonial, utilizando-se de uma pesquisa-intervenção cartográfica em um Centro de Atenção Psicossocial, este trabalho busca sublinhar a necessidade de legitimação, escuta e abordagem da dimensão constitutiva das espiritualidades e religiosidades de usuários, familiares e comunidades por parte das(os) trabalhadoras(es) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como objetivos específicos procura-se fomentar a corresponsabilização de usuários da RAPS por seus processos de adoecimento e (re)criação de sentidos existenciais; bem como alimentar o enfrentamento da lógica manicomial e do racismo religioso por profissionais dos serviços de saúde mental em favor da integralidade da assistência, liberdade religiosa e harmonia inter-religiosa.

**Palavras-chave:** Atenção Psicossocial; psicologia; espiritualidade; religiosidade; racismo religioso.

**Abstract:** Amid the devaluation of other ways of know-how by modern/colonial scientific knowledge, using a cartographic research-intervention in a Psychosocial Care Center, this work seeks to underscore the need for legitimization, listening and approaching the dimension constitutive of the spiritualities and religiosities of users, families and communities by the workers of the Psychosocial Care Center. As specific objectives, we seek to encourage the co-responsibility of RAPS users for their illness processes and (re)creation of existential meanings; as well as fostering the confrontation of mental health professionals' logic and religious racism in favor of comprehensive care, religious freedom and inter-religious harmony.

**Keywords:** Psychosocial Care; psychology; spirituality; religiousness; religious racism.

---

<sup>1</sup> Graduando em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP-UFRJ). E-mail: [joaovictor.mgoncalves@gmail.com](mailto:joaovictor.mgoncalves@gmail.com).

## Introdução

Está em curso a hegemônica omissão de discussões teórico-práticas nas formações técnico-universitárias e serviços de saúde mental entre espiritualidades e religiosidades - principalmente de matrizes africanas - e práticas de saúde. Espiritualidades e religiosidades que podem ser entendidas como afirmações de “modos de vida, valores, crenças” fundamentados na experimentação do divino - constituído pela dimensão do mistério e do aprendizado - que orienta o cotidiano de sujeitos singulares e coletivos e a “autotranscendência”, a abertura para além de si na construção de sentido nas distintas situações da vida (FRANKL, 2010 *apud* CFP, 2019, p. 115).

Contudo, tal omissão não impede que, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>2</sup>, diariamente: a “Ave Maria” que soa da igreja sinalize para boa parte do grande território quando o relógio marca meio dia e 18 horas; que a usuária aponte, como causa de seu sofrimento, a “macumba” que sua vizinha preparou; que outro seja atormentado por espíritos ou reclame ser “o enviado de Deus”; que sejam feitos muitos pedidos para ouvir “louvor” no espaço de convivência; que sejam compartilhadas vivências em espaços religiosos da comunidade, contribuindo para o fortalecimento de vínculos ou reproduzindo estigmatizações; que as orações, cânticos e velas sejam recursos importantes para muitos sujeitos em meio à agudização do sofrimento e que existam dificuldades de acesso e aderência aos tratamentos impostos por familiares convictos de que o adoecimento de seus parentes é determinado somente pelo “espiritual”, sem responder à composição de determinantes sociais, psicológicos e biomédicos.

A partir disso, este trabalho tem como objetivo geral sublinhar a necessidade da legitimação da dimensão constitutiva das espiritualidades e religiosidades de usuários, famílias e comunidades por parte das(os) trabalhadoras(es) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A rede foi instituída, em 2011, pelo Ministério da Saúde por meio

---

<sup>2</sup> A abrangência dos serviços dos CAPS é construída a partir dos indicadores de alto risco psicossocial, sendo estes o prejuízo da autonomia para gerir a própria vida e a extrema fragilização ou ausência de vínculos familiares e comunitários. Assim, conferir: “De acordo com a Portaria GM/MS no 3088/2011, os CAPS são os serviços de referência para atenção em saúde mental. Pontos de atenção que realizam ações de caráter territorial e comunitário, visando a substituição do modelo asilar manicomial por meio de cuidados que possibilitem a ampliação do exercício de direitos sociais e a salvaguarda dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (CRUZ; GUERRERO; SCAFUTO; VIEIRA, 2019, p. 123).

da Portaria 3.088 com a finalidade de “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde” (FERNANDES; MATSUKURA; LUSSI; FERIGATO; MORETO, 2020, p. 730).

Orientados pelos princípios da Atenção Psicossocial de (re)construção da autonomia e contratualidade do sujeito em seus vínculos familiares, comunitários, territoriais e culturais, como objetivos específicos, busca-se explorar os desafios e potencialidades da escuta e abordagem dessas experiências encantadas pela equipe de um CAPS III<sup>3</sup> para convocar usuárias(os) a corresponsabilização e (re)significação de seu processo saúde-adoecimento-intervenção e (re)criação de sentidos existenciais. Além disso, objetiva-se implicar usuárias(os) e profissionais no enfrentamento da lógica manicomial e do racismo religioso, produtor de uma “percepção de mundo que oprime e inferioriza os elementos constitutivos da população oprimida” (SANTOS, 2020, p. 520), pela garantia da integralidade da atenção, liberdade religiosa<sup>4</sup> e harmonia inter-religiosa.

Quanto à metodologia, destaca-se o método cartográfico para “fazer” ver e falar aquilo que está latente no campo, acompanhando a dinâmica dos vetores que atravessam e constituem os objetos e o próprio pesquisador, que é afetado e intervém sobre tais relações. A cartografia exige o abandono da atenção seletiva em benefício de uma “atenção à espreita”, ao mesmo tempo, flutuante, concentrada e aberta. Ou seja, tal método demanda uma presença efetiva pela “suspensão da posição pessoal do pesquisador”, habitando um território com uma “receptividade ativa”, falando “com” e não “sobre” objetos de pesquisa: o que amplia, inclusive, as possibilidades de atuação. Pistas do “plano de ação” da pesquisa-intervenção cartográfica são costuradas com as “políticas de narratividade”, correspondentes do esforço para expressar a pulsação viva do campo na redação do texto, sempre com interesses ético-políticos, já que toda pesquisa-intervenção em saúde “é sempre uma atitude clínico-política” (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 668).

---

<sup>3</sup> CAPS cujo funcionamento 24h possibilita o acolhimento noturno de usuárias(os) em meio a agudização de crises associadas a contextos de vulnerabilização, conforme avaliação da equipe de saúde mental.

<sup>4</sup> O Estado brasileiro deve garantir toda manifestação religiosa, sem visar e contribuir para o favorecimento ou depreciação de qualquer tradição, como declara a Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, inciso VI, “inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias” (BRASIL, 1988).

Diante disso, entre 5 de outubro de 2020 e 20 de abril de 2021, realizei uma pesquisa-intervenção cartográfica, na posição de estagiário de saúde mental do Programa Acadêmico Bolsista da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, em um Centro de Atenção Psicossocial III. Semanalmente, a pesquisa-intervenção se deu de forma presencial no serviço de saúde mental localizado na zona norte do município carioca, e, de forma remota, na vídeo-chamada da supervisão clínico-institucional.

A experimentação dos encontros no espaço de convivência, acolhimentos de primeira vez, atendimentos individuais multiprofissionais de usuárias(os) (não) acompanhadas(os) por familiares, elaborações e acompanhamentos de Projetos Terapêutico Singulares, conversas com profissionais e técnicas(os) durante o trabalho e no horário de almoço, reuniões de equipe de início e final de turno, supervisões clínico-institucionais e III Seminário Interno anual com o tema "Atenção à Crise" constituíram o campo cujas sensações, percepções e ações foram registradas em um diário pessoal.

Posteriormente, a elaboração de tais vivências sobre dificuldades e apostas de intervenção em meio às espiritualidades e religiosidades no referido CAPS III efetivou-se na redação deste artigo. Para o compartilhamento das falas e cenas paradigmáticas, como diria Agamben - enquanto "casos singulares que tornam inteligíveis contextos mais amplos, inclusive históricos" (FERREIRA, 2020, p. 5) -, optou-se por referenciar membros da equipe pela sua categoria técnica/profissional e por alterar os nomes de usuárias(os) e familiares por heterônimos para preservar suas identidades, em vez de reproduzir o apagamento de suas histórias e a substituição de seus nomes por números, por exemplo, como frequentemente realizavam os manicômios.

### **1. Fé do mal: entre suspensões de significados e capturas de sentidos**

Seguindo os interesses e vontades de usuárias(os) e familiares em compartilhar suas narrativas espirituais e religiosas, respeitando que a "relação dos indivíduos com o sagrado pode ser analisada pela(o) psicóloga(o), nunca imposta por ela(e) às pessoas com as quais trabalha" (CFP, 2012), logo nas primeiras semanas no CAPS, a temática se apresentou como incessantemente irrupção no serviço de saúde mental. Irrompendo, inclusive, para além das conversas no espaço de convivência: como a Bíblia que Gabriel carregava na mochila, os anéis e colares de nossa senhora que membros da equipe

utilizavam, o terço que Zélia carregava em mãos, a tatuagem de “Jesus Cristo” nos braços e pernas de outros usuários, a própria pulseira da umbanda que eu usava, entre outros.

O que poderia um CAPS em meio a tais ditos e não ditos? Nesse cenário, o reconhecimento, pela psicologia, de que “a religiosidade e a fé estão presentes na cultura e participam na constituição da dimensão subjetiva de cada um de nós” (CFP, 2012), poderia fomentar a legitimação, pelas outras ciências e saberes técnico-científicos que compõe a Atenção Psicossocial, das espiritualidades e religiosidades como produtoras de subjetividades e sentidos existenciais.

Subjetividade, aqui, enquanto modos singulares, condicionados sócio-historicamente, de sentir, pensar e agir dos sujeitos, os quais são projéteis que se lançam continuamente em determinado “campo de possíveis” composto por certos passados, arredores, companhias e utensílios (CASTRO; RESENDE; GABRIEL, 2020, p. 1335). Por sua vez, seguindo noções corriqueiras de “sentido” – sensação, direção e significado – pode-se apontar “sentido existencial” como aquilo que é (re)criado e ganha (novos) contornos no próprio fazer, em vez de algo imutável e dado de antemão. Já que produzido em um campo dinâmico de forças distintas que buscam explorar ou afirmar a vida digna (FERREIRA, 2020).

A partir disso, não é interessante atribuir à mera contingência a irrupção plural e cotidiana de produção de subjetividades e sentidos existenciais por meio do compromisso das experimentações do devocional com os outros e com os antepassados (SANTOS, 2015) por usuárias(os) e familiares no espaço de convivência, em contraste com a menção ao tema como detalhe passageiro na consulta com as(os) especialistas. Aqui, Lara além da coibição social de que “religião não se discute”, trata-se, em alguma medida, da presença de uma prescrição mais ou menos implícita, em cada um dos espaços e ações ofertadas pelo serviço, do universo de assuntos que, por um lado, a(o) usuária(o) acredita poder compartilhar e interessar a equipe, e, por outro lado, que as(os) especialistas esperam ouvir e explorar nos acolhimentos de primeira vez e atendimentos.

Na presença de especialistas, muitos sujeitos podem se desautorizar a compartilhar e detalhar sobre seus modos de saber-fazer pelas experiências espirituais e religiosas em benefício do prestígio sócio histórico do conhecimento científico-

acadêmico: frequentemente idealizado como detentor da “verdade” sobre os adoecimentos à revelia das perspectivas e opiniões das próprias pessoas em sofrimento. Isso em função do mito da modernidade que anuncia a Revolução Científica como divisor de águas entre a “pluralidade de versões sobre o submundo da arte, religião e política e os conhecimentos verdadeiros de equações racionais cumulativas e lineares desde a Grécia Antiga, até o presente” (GONÇALVES, 2021, p. 4).

Modernidade que se anuncia como radiante e possui a colonização e colonialidade como contraparte obscura. Colonização como o processo histórico de dominação e exploração dos povos africanos, asiáticos e americanos, durante os séculos XV e XVI, pelo homem europeu, balizado, principalmente, pela cristianização compulsória e crença de que apenas o último seria dotado de razão, segundo Ramose (2011, p. 23), “eliminando a subjetividade-humanidade de todos os povos não-brancos”.

Enquanto colonialidade responde a uma lógica produzida durante e para além da colonização, sendo reproduzida entre o próprio povo colonizado mesmo com a independência de tais territórios. Produção histórica de modos de sentir, pensar e agir manifestada, por exemplo, na psicologia brasileira, anteriormente responsável por validar estereótipos racistas sem fundamentação “por meio de teorias eurocêntricas discriminatórias” (CFP, 2017, p. 75 *apud* CFP, 2019, p. 83).

Abandonar a desonesta crença de que a ciência detém a representação fidedigna da realidade para a abertura à dialogicidade de perspectivas sobre o mundo e formas de adoecer e cuidar é possível se especialistas se apropriam da complexa produção do conhecimento científico. Tal redimensionamento do conhecimento científico e seu compromisso social pode favorecer o manejo da equipe de saúde mental com as situações de sofrimentos e adoecimentos de comunidades, familiares e usuárias(os) com o uso “da boa escuta, do acolhimento, de uma relação sujeito-sujeito que busque responsabilidades conjuntas e autonomia do usuário” (SANTOS; KIND, 2020, p. 7). “Tecnologias leves” que podem ser mais facilmente acessadas nos CAPS, equipamentos marcados pelo sobrecarregamento de demandas e dinâmica de “apagar incêndios”.

A suspensão de significados, principalmente, referentes às espiritualidades e religiosidades, pela equipe, alinhada ao método da pesquisa-intervenção cartográfica, caminha nessa direção, alinhadas a preocupação de Moreira e Onocko-Campos (2017,

p. 469) pela adoção de “pressupostos clínicos que se aproximem da vida concreta das pessoas que acolhe e das produções de modos de viver que são possíveis a elas”.

### 1.1 Suspensões de Significados

Zélia frequentemente me chamava para conversar sobre sua família, vizinhança e religiosidade. Em uma manhã de terça-feira, enquanto puxava uma cadeira para sentar perto de Heitor, Fernando e Bruna, debaixo da grande árvore no centro do CAPS, Zélia compartilhou preocupada:

Tô dividida entre evangelho e a umbanda. A Padilha do pai de santo, que foi na minha vizinha, disse que era pra eu fazer um padê e colocar o nome do meu filho dentro, lá na minha casa, pra trazer ele de volta pra casa (...) Desde que procurei esse pai de santo, sinto menos Deus na minha casa...e ela (Padilha) falou que se eu não comprar as coisas para ela fazer lá em casa, ela volta no mesmo pé que veio (Zélia, 2021).

Depois de perguntar o que Zélia sentia com esses encontros - dúvida, preocupação -, direciono minha fala na aposta de que, pelo que havia entendido, tais propostas visavam prestar um auxílio. “Não precisa se pressionar para ter uma resposta pronta agora. Inclusive, pode perguntar a Padilha, ao pai de santo e a vizinha mais informações sobre o procedimento, o motivo de ser na sua casa e a possibilidade de ser em outros lugares”, comentei, reforçando que tais atores poderiam não responder todas as questões, mas que o contato com laços comunitários, poderia ajudá-la a decidir por qual caminho seguir.

Tendo a usuária frequentado vários espaços religiosos - “na umbanda eu só ia fazer pedido, nunca entrei na roda e vesti o branco” - acrescentei que um caminho não precisa excluir o outro: “podemos pegar aquilo que nos faz bem e aprender com cada um”, como aprendi com a pluralidade de minha família extensa, composta majoritariamente por católicos e umbandistas e que sublinhava, como compartilhei em grupo, que “devíamos valorizar a riqueza religiosa e cultural que temos em nosso país”.

O interessante foi que a presença de um enfermeiro ajudou no tensionamento do imediatismo de Zélia por escolher “qual caminho seguir”, necessariamente, excluindo o outro. “O que? Padilha é um nome? É alguém?”, ele perguntou sem entender que se

tratava de “Maria Padilha”, título referente a uma entidade de cultos afro-brasileiros, como ao terreiro de umbanda que Zélia havia frequentado. Ela pôde explicar ao enfermeiro do que se tratava e, aproveitando o momento de aprendizado, perguntei a ele se sabia algo sobre judaísmo: “nem todo mundo sabe sobre tudo e a gente pode aprender nos encontros, né?”. Heitor, que estava conversando comigo antes dos demais chegarem, ao comentar sobre dificuldades no relacionamento com parentes, havia dito:

Fico vendo muita televisão. O bispo da universal tá preocupado comigo, aí me preocupo também, se tão roubando meu dinheiro né?! ...abaixo (o volume) quando meu cunhado e a irmã chegam perto. Eles falam mal da universal, da umbanda e de qualquer outra religião que não seja a deles... eles acham que eles que são os certos ...eles são judeus... eu não gosto do judaísmo. (...) eles falam muito do ‘eterno’ mas não falam de Deus...não vejo coisas boas (...) Eu já fui católico, umbandista, evangélico e agora sou católico de novo (Heitor, 2021).

“Que absurdo mesmo eles desrespeitarem outras religiões, Heitor” esbravejei. “Mas o que te leva a falar que não gosta do judaísmo mesmo sem conhecer? ”, perguntei buscando fomentar sua reflexão de que o contato principal com tal religião estava sendo há muito tempo com figuras específicas que nos maus encontros diminuía sua potência de sentir, pensar e agir, desrespeitando suas crenças. O que estigmatizava, por sua vez, o judaísmo para ele, não sendo o mais interessante nem para o usuário nem para as religiões.

Estigmatizações que acontecem quando adeptos infelizmente encaram sua própria religião como o melhor ou o único caminho possível, para valorizar suas crenças, deslegitimar as demais. Assim como no momento em que o enfermeiro, na conversa em grupo, repete “macumba” sem se atentar para o lugar historicamente atribuído pela modernidade/colonialidade a qualquer produção e expressão das culturas afro-brasileiras.

Essa ausência de ratificação sobre o tipo de apropriação do termo que estava em curso limita as possibilidades de transformação da significação do vocábulo “macumba” frequentemente repetido no CAPS e desconsidera que nossa existência e comunicação não são constituídas por consensos cristalinos, mas mal-entendidos de diferentes proporções que ora passam mais despercebidos, ora provocam desentendimentos, conflitos e todo tipo de adversidades (LACAN, 1986).



Desencontros que, de acordo com um poema da criação iorubano, são efeitos do desafio colocado a Exu para que escolhesse uma de duas cabaças para levar ao mercado. Enquanto uma continha o bem, o remédio, o corpo, o visível e a palavra; a outra tinha o mal, o veneno, o espírito, o que não se vê e o que nunca será dito.

Exu pediu uma terceira cabaça. Abriu as três e misturou o pó das duas primeiras na terceira. (...) Desde este dia, remédio pode ser veneno e veneno pode curar, o bem pode ser o mal, a alma pode ser o corpo, o visível pode ser o invisível e o que não se vê pode ser presença. O dito pode não dizer e o silêncio pode fazer discursos vigorosos. A terceira cabaça é a do inesperado: nela mora a cultura (SIMAS, 2020, p. 106).

Quando Fernando repete que não quer entrar em contato com sua irmã porque “ela é muito chata”, sendo a responsável por “fazer macumba” para ele, e, ao olhar para minha pulseira pergunta: “você é macumbeiro?”, eu comento que é apenas uma pulseira e adiciono: “mas vem cá, o que é macumba? Deixa eu entender”. Ele, que frequentemente reclamava da “macumba” para aqueles que conversava na convivência, então comenta entre suspiros: “Macumba é Oxalá, Ogum...minha vizinha disse pro meu irmão que eu era de Oxalá. Comecei a rodar que nem um piru tonto dentro da sala, tremendo os braços e as pernas... horrível” (Fernando, 2021).

Ao suspender minhas próprias apostas sobre o que “macumba” poderia querer dizer e quais afetos apontar, quando interrogo o termo, que de “ponto de partida” para a conversa, é ampliado para ser objeto da discussão, é possível começar a percorrer a construção de significado que Fernando às voltas com o significante<sup>5</sup> “macumba” a partir de múltiplas forças que o atravessam e constituem.

Como algumas dessas forças, sublinha-se o desconforto de vivenciar, em sua moradia, algo próximo de uma “incorporação” sem a orientação de alguém habituado a tal experiência. Incômodo talvez provocado, em grande medida, pela reprodução da lógica moderna/colonial que tenta sistematicamente domesticar o corpo ao máximo - “fecha essas pernas menina”, “engrossa essa voz moleque”. Fantasiando a divisão entre o psíquico e corporal e defendendo o “ter corpo” em detrimento do “ser corpo”, isto é,

---

<sup>5</sup> É possível citar como significantes um fonema, uma palavra, uma frase, um gesto, um movimento, um tique nervoso, uma lembrança e tudo o mais que, ao se encadear, sirva para o sujeito se apresentar, para representá-lo para outro significante (LACAN, 1988b).

em benefício do corpo apenas em aspectos pormenorizados de seus músculos, órgãos, tecidos etc., posteriormente apresentado nos manuais médicos, nega-se a corporeidade: o nível mais elementar do corpo enquanto experiência de ser no mundo, a “sensibilidade do corpo vivo e o sentido que essa atribui para as existências singulares” (REZENDE-ALLENCAR; GONÇALVES, 2020, p. 118).

Corporeidade que marca tanto o cotidiano quanto experiências de encantamento, que deslocam concepções modernas/coloniais como a separação sentir/pensar, sujeito/objeto, mente/corpo, indivíduo/coletivo e descentralizam o “eu”, celebrando “a teia de conexões interdependentes e dinâmicas que é a vida, cruzando a dimensão mineral, vegetal, animal em conexão com energias milenares e presenças ancestrais em experiências singulares-coletivas” (GONÇALVES, 202, p. 9).

Suspender o significado de “macumba” não é desconsiderar a significação que o próprio especialista elabora em meio aos imaginários sociais, mas justamente prestar atenção nessa impossibilidade de deletar sua perspectiva e explorar a da(o) própria(o) usuária(o), familiares e comunidades. Isso porque, segundo Lacan (1998,a), verificamos um deslocamento do significante independentemente do significado, ou seja, o significante não carrega nenhum significado de antemão, como verificado por diferentes acepções de “macumba” e pelos fluxos sem significação em brincadeiras infantis - “uni duni tê, salamê mingüê” -, por exemplo.

A comunicação não se daria pelo conjunto de signos linguísticos, mas pela articulação dos significantes em uma cadeia à revelia da consciência: é na associação com demais significantes que se produz a significação. Um significante produzirá certo sentido conforme se acomoda na cadeia e tal sentido também se alterará com a inclusão de novos significantes na corrente anterior. Daí a necessidade do(a) trabalhador(a) da Atenção Psicossocial poder escutar as falas das populações sem a espera de um sentido prévio.

Implicação clínica que, ao escutar, marcar e seguir os significantes, legitima que a construção de sentido seja fundamentalmente um esforço empreendido pelo próprio sujeito. Nesse processo, de acordo com Lacan (1998b), o que o analista – e aqui acrescenta-se as equipes da Atenção Psicossocial – deve buscar é a abertura do sujeito na dimensão significante: a passagem da certeza que se tem sobre si, em função da amarração singular que realiza de todos os significantes que recebe, para a abertura a

outros caminhos de sentido. Isso por meio, por exemplo, da devolução, pela(o) profissional, de certos significantes que marcam a fala do sujeito, não como afirmação, mas como pergunta, abrindo-se o campo da dúvida.

É justamente pela palavra já possuir uma potência sugestiva que é preciso economia e cuidado ao se assumir a posição de clínico, para não encarnar um papel diretivo, mas seguir pistas da “macumba” que emerge nas conversas no espaço de convivência, acolhimentos e atendimentos, da negatividade enquanto fé do mal, passando pela associação com um instrumento musical africano à positivada experiência de encantamento e descentralização do “eu”.

## 1.2 Capturas de Sentidos

O papel diretivo é, infelizmente, encarnado por familiares, amigos, vizinhança, comunidades e instituições na medida em que, além de não respeitarem a identidade espiritual e religiosa de outros sujeitos, de forma mais ou menos consciente, sedimentam suas próprias significações sobre as experiências dos mesmos. Desse modo, é importante considerar o peso que significantes possuem, não só sobre a significação, mas sobre a afetação do corpo (LACAN, 1998b), como quando Luiz e Maria desabafam que “essa história de demônio do Nicolas, de seu filho sentir alguém puxando as pernas dele, de dizer que o demônio está nas pernas dele” teria começado depois de terem levado ele a alguns encontros de uma igreja evangélica, próxima a sua moradia, às sextas-feiras. “Paramos de levar porque o pastor falava muito dessas coisa ruim e isso mexia muito com ele”, comentou Luiz. Solange, usuária moradora de uma Residência Terapêutica, também se sentia muito perseguida às sextas, “dia em que no culto havia o exorcismo dos demônios”.

A captura de sentido pode se desdobrar, por exemplo, das verticalidades e relações de autoridade na estrutura familiar e da lógica manicomial que impõe certa infantilidade aos “loucos”. *Infans*, segundo Gonzales (1984), é aquele que não poderia falar por si, tendo seus desejos, vontades, sensações, significações e horizontes falado por um terceiro. Lógica de “exclusão e aniquilamento das diferenças que incidem sobre os nomeados ‘loucos’, e também, sobre todos que explicitam modos diversos de existir”, nas palavras de Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 173), já que não se

desmantela tão fácil quanto os muros dos manicômios. Cotidianamente levantando “fronteiras nos territórios e em nossas intersubjetividades” (GONÇALVES, 2021, p. 109), vigiando, controlando, excluindo e confinando alteridades espirituais e religiosas, por exemplo.

Conversando sobre música na convivência com Gabriel, ele comenta que seu estilo preferido era samba e imediatamente a mãe, que estava ao lado, sobrepõe dizendo: “ele adora música gospel”. Na tentativa de se descolar da captura de sentido pontual, sem desmenti-la, ele continua: “é...também gosto, mas eu gosto muito de música antiga, samba...reggae”. Conforme a equipe percebia a sobreposição da significação da mãe sobre a de Gabriel e sua inibição para tratar de alguns temas em sua presença, nós tratamos de também assegurar um espaço de escuta do usuário separado dos familiares, que poderiam construir outros vínculos na convivência.

Isso sem secundarizar a promoção de espaços de atenção à família, “inserindo-a no processo de reabilitação e corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora” (BELOTTI; FRAGA; BELOTTI, 2017, p. 622). Compreendendo, nas palavras de uma psicóloga da equipe, que “é sempre de uma rede que cuidamos e não de uma pessoa (...) que precisamos trabalhar as relações (...) fortalecer as comunidades, em que normalmente, aliás, nossos pacientes são ‘bodes expiatórios’”.

No acolhimento de primeira vez que eu e uma terapeuta ocupacional (T.O) realizamos da mãe e irmão de Gabriel, que estava internado em um Hospital Psiquiátrico - após um episódio em que, dizendo-se “incorporado por seu Zé Pilintra”, consumia muitas bebidas e ameaçava o irmão com um facão - ao responder sobre o uso de droga por seu filho, Rosângela informa que além da maconha, ele anteriormente fazia uso de cocaína e crack, tendo largado o último com o suporte do barracão de Candomblé que frequentava no período. Todavia, apesar do apoio significativo de tal comunidade religiosa, ela comenta revirando os olhos:

Eu não sou do Candomblé, mas não tenho nada contra (...). Só acho que no caso do Gabriel essa religião não foi boa...num sei... ele adorava a mãe de santo, mas todo mundo acreditava nele, que ele conversava com santo, falava que era sua mediunidade (Rosângela, 2020).

Gabriel nunca teria permanecido em um “centro” por muito tempo, nem na igreja que teria frequentado, segundo Rosângela. Informação que eu e a T.O. escutamos como ferramenta para perguntar sobre a consideração da família sobre o conjunto de fatores que responderiam a esse movimento e os modos de se relacionar do usuário.

Após dois meses, na medida em que a impregnação medicamentosa foi sendo contornada, a mãe o incentiva a ir à igreja, ao que ele não se opõe:

Depois que eu comecei a frequentar essa igreja, as portas começaram a se abrir (...). Uma ex-namorada do meu amigo, que nunca falou muito comigo, que batia nele..., entrou pra essa igreja e me chamou na hora em que vi minhas fotos de santo, todo de branco, no Facebook! Disse que um carro podia me pegar e me levar (Gabriel, 2020).

Gabriel ria do “apavoramento” dessa pessoa conhecida que o convida para a igreja na intenção de disputar seu envolvimento religioso prévio, apontando para tentativas de captura de sentido fundamentadas, por exemplo, no racismo religioso.

Na esteira dessa imposição de experiências espirituais e religiosas como “fés do mal”, cabe destacar sua relação com a “internação manicomial e a captura conceitual” como fundamentos da construção da loucura como “erro e ausência de sentido, como desordem da razão e perda do juízo moral”. Capturas de sentidos que exigem atenção das equipes de saúde mental já que “não se originam comportamentos e sintomas que derivam da ‘doença mental’ ou do quadro de crise psiquiátrica”, mas são efeitos da produção de subjetividades mortificadas pelo apagamento da história de sujeitos singulares-coletivos e suas relações familiares e comunitárias (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1094).

## **2. “Má-fé” ou “é tudo espiritual”**

À equipe do CAPS, ainda destacamos que cabe cartografar as dificuldades na procura e aderência ao tratamento dos serviços de saúde mental pelas capturas de sentidos realizadas por familiares que, infelizmente, reproduzem a lógica moderna/colonial ao se colocar e disputar com o conhecimento científico qual seria a representação mais fidedigna do mundo (GONÇALVES, 2021), em vez de se abrir para a “aliança entre saberes transformando e ampliando a capacidade de compreensão do

mundo e da vida dos agentes sociais envolvidos” (CFP, 2019, p. 103). “Minha mãe acha que tudo isso é espiritual, mesmo depois dela mesmo ter internado meu irmão ‘louco’ no Hospital Psiquiátrico”, comentário de Beatriz cujas ressonâncias são diárias nos espaços do CAPS.

Daiane, em um atendimento pontual comigo e com uma T.O, destacava a importância da família como “o elo mais próximo que os usuários possuem com o mundo, tornando-se indispensável para o cuidado realizado nos serviços de saúde mental” (BELOTTI; FRAGA; BELOTTI, 2017, p. 621), ao comentar das dificuldades de acessar o serviço e da disputa de sentidos elaborados por ela e por sua figura materna:

Hoje foi até difícil vir, eu tive que enfrentar minha mãe. Ela é do candomblé e diz que não sou maluca e eu sei que não sou maluca. Diz que não tenho que vir nem tomar remédio porque é espiritual, é espírito ruim. Eu sou católica, respeito todas as religiões, mas não é bem assim como ela fala (...) Só porque minha mãe teve depressão e se curou sem remédio, sem nada (Daiane, 2021).

Em função da complexidade do processo saúde-doença, que reclama uma abordagem interdisciplinar e articulação intersetorial (BELOTTI; FRAGA; BELOTTI, 2017), um cuidado que se constrói em rede composta por diálogos entre atores do serviço de saúde, comunitários e familiares, a T.O reforça que “religião e tratamento no CAPS podem caminhar juntas e não tem porque se excluírem”. Ameaça de exclusão que deve convocar a equipe a construir pontes para conseguir oferecer atenção as(aos) usuárias(os) sem abandonar familiares resistentes ao tratamento, que berram, ao telefone com um psiquiatra da equipe, para o filho, apesar do pedido do mesmo, não ficar no acolhimento noturno, que o que o filho precisava é voltar para casa para orar.

Como o médico compartilha na supervisão clínico-institucional: “na entrevista (Igor) diz que é evangélico, mas não frequentava muito. Disse que se preocupa porque a Bíblia sumiu e lá continha o segredo para parar o ‘jogo’. A mãe diz que é o demônio”, bradando que “seu problema é espiritual (...) e o pai não consegue decidir (se autoriza o acolhimento noturno)”. Nesse contexto, o psiquiatra apostou na dispensa da medicação, para ajudar o jovem a passar a noite mais estável, e na combinação de seu retorno ao serviço pela manhã no dia seguinte. Apesar da figura materna não ter comparecido para que pudessem conversar, o médico sublinhou que seria “importante não forçar o

acolhimento noturno por hora para não romper com a mãe (...) A gente não consegue viver muito de protocolo, temos alguns, mas são flexíveis”.

Atenta ao risco das ações realizadas sem a participação de familiares “limitarem-se a reproduzir técnicas que resultam na fragmentação dos serviços e dos usuários” (BELOTTI; FRAGA; BELOTTI, 2017, p. 621) uma psicóloga da equipe destaca que “nosso trabalho não é para tutelar, mas mediar as relações, ajudar na rede porque eles (usuários) demandam isso e estão precisando dessa ajuda”.

## **2.1 A “espiritual”: da fragmentação do sujeito à integralidade da atenção**

Durante uma reunião de fim de turno, uma agente de cuidados, comentando sobre Brígida, usuária que havia sido acolhida recentemente, compartilha que:

Elas (mãe, irmãs e tias) são espíritas, candomblecistas, e tem isso de que ela nunca foi maluca, que isso tudo vai passar (...) inclusive, questionando se não está mal por todos os remédios que está tomando (...) e a sobrinha que tá de fora, mora longe, católica, coloca que elas tem ‘as coisas de santo’, mas que aquilo não tá legal, que não é ‘só espiritual’, que precisam procurar um tratamento. Mas a gente não entra muito nesse mérito (Agente de cuidados, 2021).

Diante da disputa das forças produtoras de adoecimento, é preciso cartografar o que os familiares, a comunidade e o próprio sujeito buscam apontar com o significante “espiritual”. Ao ouvir a dúvida: “você consegue me dizer porque eu tenho isso? Já me falaram que era até espiritual”, é preciso questionar a quem pergunta se a fundamentação espiritual e religiosa precisa ser necessariamente desconectada da científica. Reflexões sobre a integralidade que Betina elabora em um atendimento pontual:

Nós somos evangélicos, doutor (...) eu sei que meu Deus é Deus dos milagres, da cura: Deus curou minha irmã com câncer e minha sobrinha nasceu saudável, graças a Deus! Mas eu não gosto de ouvir as pessoas comentando, que nem a própria advogada, ‘eu tenho fé que Deus vai curar essa doença’. Mas essa questão dele (do esposo) não é assim, ele precisa de tratamento pro resto da vida (Betina, 2020).

Integralidade enquanto “uma prática que vislumbra superar a visão fragmentada do sujeito”, que Zuleica também sublinha durante uma conversa na convivência: “Na época em que o remédio não adiantava, eu surtei e quebrei os remédios no rádio. Dizia que não queria remédio, que não precisava de remédio: só precisava de Deus na minha vida. Minha filha me dizia que precisava de Deus e do remédio”. Para efetivar tal princípio fundamental do SUS, é preciso garantir uma intervenção multidisciplinar que não se limita a atenção ao caráter biológico, além da organização da atuação dos serviços assistenciais alinhados aos de saúde pública “para ações na comunidade que visem trabalhar fatores protetivos e de prevenção” e elaboração de políticas com diretrizes e abrangência nacionais (SANTOS; KIND, 2020, p. 3).

Nessa direção, é preciso investigar se significações espirituais e religiosas estão ajudando a compor um mosaico de sensações, significados e horizontes que garanta a integralidade da atenção em saúde ou se estão a serviço da fragmentação dos sujeitos. Compartimentalização exercida, por um lado, pela(o) própria(o) usuária(o) e/ou familiares, ao deslegitimarem a importância do trabalho da Atenção Psicossocial.

Por outro lado, por profissionais e técnicas(os) que, em vez de afirmar o trânsito entre os modos de saber-fazer a fim de revisitar suas próprias referências teórico-práticas para criar outras, fazendo ecoar distintas formas de existência e organização (CFP, 2019), tratam a relação de forma dicotômica, como alerta Vittor (2008). Isto é, ou fechando a escuta para significações mágico-religiosas, enquadrando essas narrativas apenas em seus quadros teórico-clínicos ou recomendando trabalhos espirituais para usuários que buscaram o serviço de saúde mental, “tratando a sensibilidade para experiências mágico-religiosas como um interruptor liga-desliga à mercê da vontade e racionalidade” (AUTOR).

Nesse cenário em que o processo de construção de identidade, saúde-adoecimento-intervenção não se reduz ao plano biomédico, as possibilidades de diálogo entre significações científicas e espirituais e religiosas são múltiplas, para a infelicidade do cientificismo moderno/colonial e felicidade de Heitor, que lendo uma bula de remédio exclama: “Graças a Deus tenho o Haldol”.

“Eu faço farmácia na faculdade, mas porque eu vou ficar duvidando da ciência se foi Deus quem iluminou o farmacêutico, o pesquisador, o médico etc.? ”, questiona Roberta no espaço de convivência. A partir de corroborações de seu pai, Diego, dizendo



que “a sabedoria quem dá é Deus”, abre-se um campo de intervenções em benefício da valorização de outros saberes, inclusive, anteriores à medicina: na casa de sua família, extremamente pobre, sem água doce, o avô curava dor de dente “mascando o que depois vieram a saber que era maconha”.

Ressaltando, inclusive, as limitações do conhecimento tanto dos modos de saber-fazer espirituais e religiosos quanto das ciências (VITTOR, 2008), assim como as limitações nas possibilidades de diálogo entre os conhecimentos científicos e os espirituais e religiosos. Estas linhas, inspiradas em Exu, “orixá mensageiro, senhor dos caminhos, da comunicação e da controvérsia”, defendem que a última não seja descartada como negativa, mas valorizada como constitutiva dos modos de sentir, pensar e agir. Escapando do maniqueísmo moderno/colonial em que “o branco dominou o preto, para que os discursos parecessem preto no branco” (GONÇALVES, 2021, p. 17) e da violência epistêmica exercida por especialistas em benefício da promoção de “práticas de coabitação de saberes e métodos capazes de transformar os atores sociais envolvidos na afirmação das alteridades em jogo” (CFP, 2019, p. 103).

Integrar as ações dos serviços às espiritualidades e religiosidades, “aproximando-se de suas concepções e valores para fortalecer o diálogo e alianças com as práticas de saúde ofertadas pelas(os) profissionais” (CFP, 2019, p. 93), contribui para um melhor acompanhamento das necessidades e participação desses sujeitos e suas comunidades no cuidado em saúde.

## **2.2 Da “espiritualização” à corresponsabilização**

Além disso, é fundamental que as(aos) trabalhadoras(es) da saúde mental interroguem a fundamentação espiritual quando utilizada para culpabilizar a(o) usuária(o) ou, no extremo oposto, desresponsabilizá-la(o) totalmente do processo saúde-adoecimento-intervenção que experimenta. Atenção que uma psiquiatra da equipe exerce ao perguntar e anotar, no “cabeçalho” que redige a cada primeiro contato com um(a) novo(a) usuário(a), se a pessoa teria religião e qual seria. “Eu pergunto pra saber. Tem muita gente que usa como desculpa, para se desresponsabilizar. Inclusive a galera nova do misticismo. E eu vou te falar, eu não tenho vergonha não, se eu sinto que a igreja tá fazendo bem pra essa pessoa eu recomendo ela ir sim”, a médica compartilha.

As espiritualidades e religiosidades são potentes quando “convocam seus adeptos a um posicionamento diante da vida” (CFP, 2019, p. 110), legitimando a dimensão de mistério constitutiva da vida em detrimento da demanda colonial que reduz o exercício religioso como tamponamento da angústia, “apresentando soluções instantâneas para todos os sofrimentos” (GONÇALVES, 2021, p. 7), como “um seguro para uma vida tranquila, para ausência máxima de conflitos ou quaisquer outros objetivos psico-higiênicos” (FRANKL, 2010, p. 71 *apud* CFP, 2019, p. 110). Mistério, aqui, como aquilo que deve ser sentido e respeitado, em vez de desvelado, indissociavelmente conectado a formas de aprendizado, seja na visão reencarnacionista do kardecismo, seja pelos “ensinamentos pela oralidade, o culto aos ancestrais e aos antepassados” de manifestações tradicionais (CFP, 2019, p. 108), seja pela fundamentação, liturgia e rituais católicos ou protestantes.

No espaço de convivência, Raquel e Diego comentam sobre os usos que muitos adeptos religiosos fazem da compreensão de que o “segredo faz parte do universo tanto quanto o revelado” (OLIVEIRA, 2003, p.18), não para potencializar possibilidades de esperança, ressignificação do futuro, a contemplação da heterogeneidade do mundo contemporâneo e o fortalecimento do “Bem-Viver dos povos”, como diria Santos (CFP, 2019, p. 115), mas para reduzir espiritualidades e religiosidades à justificativas e reforçadores de pré-noções e pré-conceitos. Diego sintetiza:

As pessoas acham que Deus é empregado delas: ‘Deus provê’. É? Vou passar no meio do tiroteio porque Deus protege? Ele te deu discernimento também (...) Só tem dois mandamentos: amar Deus sobre todas as coisas e o próximo como a si mesmo, então não tem desculpa (Diego, 2020).

Forma de se relacionar com os ensinamentos espirituais e religiosos que não utiliza seus fundamentos para desimplicar o sujeito do que produz ao se lançar no mundo, mas como, nas palavras de Oliveira (2003, p. 27), “fundamento da atualização e novidade”. Em ressonância com a “cosmovisão africana milenar que afirma os descendentes como protagonistas do tempo vivido: aqueles que, pelo respeito, culto e escuta dos ancestrais, abrirão caminhos para tempos novos” (GONÇALVES, 2021, p. 11).

Nesse cenário, são necessários tensionamentos de mobilizações que reproduzem a lógica manicomial ao desresponsabilizarem o sujeito pela sua própria existência (AMARANTE; TORRE, 2018), seja em função da medicalização da vida<sup>6</sup>, seja pela “espiritualização” do sofrimento como estamos apontando. Aqui, é importante perceber como os caminhos de enfrentamento da primeira oferecem pistas interessantes para sacudir usuárias(os) que utilizam a espiritualidade e religiosidade de forma automática como justificativa para barrar a conexão com outras interpretações e intervenções em saúde. Sobre tal desresponsabilização na relação com medicamentos, uma psiquiatra da equipe adverte:

Eu tenho a impressão que muitos pacientes ‘colam’ no remédio e na doença e não conseguem se ver para além daquilo, sempre se desresponsabilizando (...) Que nem essa paciente (...) que a cada consulta vinha com um diagnóstico. Como quando disse que era bipolar, apesar de nenhum médico ter dito, só porque tinha dia que tava bem, no outro tava mal, às vezes não dormia direito (...) Então fiz um esquema e ao longo de um mês eu tirei todos (os remédios). Na consulta seguinte ela apareceu dizendo que esperava estar muito pior, mas tinha entrado num grupo de Facebook e sabia que tinha compulsão alimentar (Psiquiatra, 2020).

Até que em um atendimento, a médica pontua que tinha a impressão que a cada vez a senhora trazia que era doente de alguma coisa, “talvez pela dificuldade de lidar com as coisas e de conseguir mudar aquilo que não faz bem nem para a gente”, ao que a usuária responde: “é, acho que eu sou mais do que doença e remédio”. Sacudindo sua “exis psíquica”, isto é, as definições estabilizadas sobre si que o sujeito produz a partir de situação singular, sedimentação de definições sobre o “eu” que engessam posicionamentos, no presente, em relação ao passado e esvaziam horizontes futuros (REZENDE-ALLEN CAR; GONÇALVES, 2020), como no relato de um acompanhante terapêutico sobre Solange que:

Recusa até os objetos ungidos pela igreja contra a ‘macumba’ (...) Ela diz que foi uma mulher e dois homens que fizeram ‘trabalho’ para ela em 2011 e são responsáveis pelo seu comportamento agressivo.

---

<sup>6</sup> A negação da experiência do sofrimento, da dor, do envelhecimento, da morte e do fim como constitutiva da vida - e portanto, do humano -, em função do “endeusamento da tecnologia médica diagnóstica e terapêutica”, responsável por conferir “um poder aos procedimentos, instrumentos, técnicas e pílulas (corpo de práticas) maior do que eles podem ter” (MAEYAMA; CUTOLO, 2010, p. 91).

Atribui seu comportamento a isso. Ela frequentava um centro de umbanda em que se sentia bem e ouviu que era médium. Não fala sobre a ruptura e hoje é de uma igreja evangélica, mas relata incômodos (...). Diz que não sabe orar, que não sabe o que tem que ser feito e que a igreja não proporciona a ajuda que precisa (Acompanhante terapêutico, 2020).

Não sendo o humano constituído por alguma essência, uma totalidade acabada e pré-definida, esse não é propriamente nada, mas um projeto de ser. Projétil que se lança no mundo sem nada que o determine, sofrendo o peso da liberdade: a obrigação de se fazer e ser responsável por aquilo que se faz. Nesse projeto de vida, o sujeito está entre aquilo que já foi, e não pode ser mais, e tudo aquilo que deseja ainda ser, mas não é. No meio termo, resta o que realmente é: o nada, a consciência enquanto pura possibilidade de escolher, isto é, inventar caminhos a partir de cada situação (SARTRE, 1987).

Projétil desamparado, indeterminado, que, continuamente, precisa eleger certos possíveis dentro de um campo de possíveis. Escolha efetivada pela ação que compromete o sujeito diante dos outros e de si, gerando angústia: estado da existência fundamental para determinar-se, “assumir as responsabilidades com quem se é”, ou seja, “assumir a responsabilidade de escolher entre tantos possíveis caminhos, renunciando a todos os demais” (PICININI, 2018, p. 62), apropriando-se daquele instante de sua própria vida. Conferindo às facticidades - todo o *a priori*, como a constituição familiar e o lugar de nascimento, por exemplo - sentidos fundamentados pelo próprio caminhar existencial. Apropriação da própria vida e construção de sentidos que se alinham à luta antimanicomial contra a alienação-infantilização imposta aos loucos.

Quando não escolhemos/inventamos, de forma autêntica, um caminho em meio às possibilidades de cada situação, assumindo-nos como fundamento e, por conseguinte, conferindo valor a liberdade do outro, em virtude da dificuldade de lidar com a angústia, escolhemos/inventamos de forma inautêntica, responsabilizando nossas escolhas/invenções por uma determinação, um modo de ser dado do exterior e/ou anterior. Inautenticidade do projeto de ser denominada “má-fé”: “Não se sofre de má-fé, não nos infectamos com ela, não se trata de um estado. A consciência se afeta a si mesma de má-fé” (SARTRE, 2008, p. 94).

Agir de má-fé, de acordo com Picinini (2018, p. 68), é “decidir não se angustiar diante das possibilidades, ou seja, é pular processos de identificação existencial”, responsáveis por nos fazer reconhecer a liberdade constitutiva, fugindo de ser o

fundamento de sua escolha e de ser o único responsável por ela. Má-fé que pode-se dar, inclusive, ao agir de boa vontade, pela sinceridade, já que, “reconhecemos, nesse caso, que, ao dizer algo, estamos conferindo verdade sobre o ser que somos, quando, na realidade, detemo-nos em meio ao caminho de assumirmo-nos” (PICININI, 2018, p. 68), de algum modo, engessando-nos e fixando-nos, aproximando-nos de um objeto.

Não estamos fadados a uma única escolha/invenção, mas implicados em fazer novas escolhas/invenções a todo instante, sendo que as possibilidades aparecem em cada situação, na medida em que reconhecemos nossa liberdade constitutiva. Para fomentar a busca de usuárias(os), familiares e comunidades por autenticidade é preciso que a Atenção Psicossocial construa o entendimento de que lidar com a angústia dessas escolhas/invenções, por mais doloroso que seja, possibilita ampliar nossas percepções e possibilidades de ser. Cada ato que não esteja comprometido pela “má-fé”, de acordo com Reynolds (2013, p. 15), “pode ser visto como um tipo de fé: como um compromisso de agir diante do ‘nada’ e de não fingir que as coisas são impostas ou exigidas”.

Contra a “terceirização do sofrimento” de usuárias(os) que, historicamente colocadas(os) no lugar de *infans*, demandam da família, comunidade e do serviço de saúde “um cuidado feito no lugar” delas(es) e não junto a elas(es), a supervisora da equipe destaca a importância de um manejo sensível na forma do profissional apontar tal funcionamento para o referido sujeito e da articulação com outros equipamentos de saúde para alinharem o direcionamento de cuidado. Para que a Clínica da Família, por exemplo, não seja o lugar que atende tais demandas enquanto o CAPS passa a ser “o lugar em que não consegue o que quer”.

Buscando a responsabilização de usuárias(os), familiares e comunidade na apropriação do processo de saúde-adoecimento-intervenção que experimentam, como faz a usuária Natália assimilando a própria dor, na medida em que se compadece com a dor do outro, e indicando para muitos fiéis da igreja: “isso aí que você tá sentindo não é besteira não, é sério e você pode procurar a ajuda do CAPS”. Tomando o cuidar enquanto ampliação dos territórios de existir e na realização de trocas afetivas e a reabilitação social como “exposição a diferentes lugares e pelas trocas sociais com outras pessoas” (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017, p. 471), como exclama Nicole: “Quando eu to na igreja eu to ótima. Em casa é um inferno, eu escuto vozes,

aquilo tudo de novo. Aí pedi pro meu marido esconder todas as facas, pra prevenir” (Nicole, 2020).

Corresponsabilizando usuário-equipe no cuidado, por exemplo, em relação ao “entendimento racista sobre a umbanda” de Solange que atribui suas crises e episódio de internação psiquiátrica a “macumba da vizinha”, explicando o funcionamento de um CAPS III e os motivos de um acolhimento no serviço: “que as cuidadoras e vizinhos não decidem a internação, mas a equipe”, nas palavras do acompanhante terapêutico. Profissionais e técnicas(os) que, respeitando as narrativas compartilhadas, com o intuito de convocar a implicação de usuárias(os) que encerram discussões utilizando-se do “fator espiritual”, construindo oportunidades dos mesmos “traçarem metas, fazerem escolhas e tomarem decisões” (ENGSTROM; LACERDA; BELMONTE; TEIXEIRA, 2019, p. 57), podem questioná-las(os) sobre a noção de “livre arbítrio” nas discussões judaico-cristãs, a “Lei de Atração e Repulsão” que orienta a doutrina kardecista e a “falácia de que tudo que temos que aprender é com os guias e no terreiro” (QUEIROZ, 2019, p. 80).

Além da corresponsabilização de espaços religiosos, lideranças e integrantes por cobranças excessivas e promessas desonestas, por exemplo, como nesta conversa com Zélia no espaço de convivência:

Macumba é quem adora o demônio (...) aquelas coisas ‘vovó que traz a pessoa amada em três dias’. Esse tipo de coisa não existe não (...) numa época até levei uns coração de galinha pra uma vovó fazer trabalho pra mim e pra minha amiga, mas as duas tão sem marido até hoje. Acho que o que a vovó fez deve ter sido para afastar (Zélia, 2021).

Também não acreditava na promessa de “trazer a pessoa amada em três dias”, já que não enxergava sentido na possibilidade de espíritos de escravizadas(os) e ex-escravizadas(os), seres de muito conhecimento, “forçarem alguém a ficar num relacionamento que não quer”. Promessa e atuação, como falei a Zélia, de pessoas que estariam aproveitando-se de momentos de fragilidade dos consulentes e “manchando àqueles espaços religiosos que propunham trabalhos sérios” de caridade nas giras, momentos de “socorro, acolhimento e condução espiritual” (QUEIROZ, 2019, p. 79).

Tal conversa, dentre tantas outras, abriu caminhos para discussões sobre as dificuldades de passar da repetição à criação de novos modos de se relacionar e do

processo de construção de identidade, pertencimento e reconhecimento pelo outro. Para elaborar a contínua e dinâmica produção de sentido existencial, que não pode ser desvelado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) mais atual, pela Bíblia ou pela oralidade dos terreiros. Como reforça Picinini (2018, p. 61), “nenhuma pessoa, moral ou religião, pode, a priori, determinar nossas ações, dar critérios que valham por si mesmos, de modo a que neles pudéssemos buscar orientação clara sobre o que decidir, em cada caso”.

Sobre a criação de novas subjetividades e sentidos existenciais, o trabalho da Atenção Psicossocial ressoa com as cosmovisões africanas que abordam a existência como um percurso pelo qual o humano pode adquirir determinadas virtudes, não como algo entregue do exterior, mas pelo exercício das mesmas em meio aos desafios da vida. Em especial, na cosmovisão iorubana, a doença e a morte formam um par dentro os *ajogun*, o lado esquerdo da criação: espíritos que não são maus, mas causam dor à humanidade, porque Olorum, a força criadora, afirma que é necessário (JAGUN, 2019).

Como nos conta o babalorixá Márcio de Jagun (2019), de acordo com um mito irorubá, Olorum havia convocado os Orixás para datar o começo e o fim de tudo que fosse vivo, mas os mesmos esquivaram-se da tarefa, com medo de que a humanidade os detestasse. Só Iku - a morte – acabou por se voluntariar, tornando-se a divindade mais fiel à vontade da força suprema. Desde então, como Iku é casada com Arun – doenças -, todas as vezes que os seres humanos são visitados pela última, é a morte, em alguma medida, fazendo-se presente para trazer alguma mensagem e afastando-se quando a mesma é apreendida. Isso nos ensina, não a erradicar a doença e remediar a morte de entes amados, mas a tomar o adoecimento como exercício de aquisição de virtudes, um convite para a (re)criação de sentidos para o estar vivo. Para tornar uma existência mais real, como diria Lapoujade (2017), conferindo força, extensão e consistência a mesma.

### **Considerações finais**

As pistas sobre dificuldades e potencialidades do que tem sido possível explorar em um CAPS III às voltas com as experiências espirituais e religiosas de usuárias(os), familiares e comunidades são um convite à capilarização e aprofundamento das

discussões e apostas de intervenções da Atenção Psicossocial sobre a temática. A “valorização e afirmação do direito à autonomia e à diversidade de estilos de vida individuais e coletivos” não deve se restringir somente àqueles membros das equipes de saúde mental mais próximos pessoal-profissionalmente de vivências espirituais e religiosas, cabendo a todas(os) trabalhadoras(es) da RAPS manter uma postura ética que não incorra em “atitudes proselitistas, de desqualificação ou banalização” das experiências de encantamento de sujeitos singulares-coletivos (CFP, 2019, p. 95).

Em meio a emersão do tema pelo (não) dito cotidianamente de maneiras plurais no serviço de saúde mental, destaca-se a necessidade do compromisso social do conhecimento científico pela valorização de outras formas de saber-fazer historicamente apagadas pela lógica moderna/colonial. Além disso, a produção científica deve comprometer-se com o enfrentamento da reprodução da lógica manicomial de subalternização das diferenças - destacando-se, aqui, as religiosas e étnico-raciais -, afirmando que a diferença não é o outro: somos todos nós.

É nessa direção que segue a elaboração da “má-fé”, isto é, a postura de suspensão dos significados espirituais e religiosos pela equipe de saúde, por meio do mapeamento da significação das experiências pelos próprios sujeitos com atenção às capturas de sentido do processo de saúde-adoecimento-intervenção dos mesmos por terceiros que demonizam experiências encantadas como “fé do mal”. Investigação e tensionamento de significações por trabalhadoras(es) da RAPS que, orientada por princípios fundamentais da Atenção Psicossocial, podem conduzir a passagem da “espiritualização” à integralidade da atenção e convocar a corresponsabilização de usuárias(os) pelo próprio sofrimento e (re)criação de sentido existencial.

## Referências

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “*De volta à cidade, sr. cidadão!*” - Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev. Adm. Pública*, v. 52, n. 6, 2018, p. 1090-1107.

BELOTTI, M.; FRAGA, H. L.; BELOTTI, L. *Família e atenção psicossocial: o cuidado à pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas*. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. São Carlos, v. 25, n. 3, 2017, p. 617-625.





BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CASTRO, Fernando Gastal de; RESENDE, André Diogo; GABRIEL, Mariana. *Contribuições da Psicanálise Existencial à Prática Clínica: Indicações Teóricas e Metodológicas*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 20, n. spe, p. 1331-1348, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Nota Pública do CFP de esclarecimento à sociedade e às(aos) psicólogas(os) sobre Psicologia e religiosidade no exercício profissional*. Brasília: CFP, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) com povos tradicionais*. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019.

CRUZ, K. D. F.; GUERRERO, A. V. P.; SCAFUTO, J.; VIEIRA, N. *Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira*. *Rev. Nufen: Phenom. Interd.* Belém, v. 11, n. 2, 2019, p. 117-132.

ENGSTROM, E. M.; LACERDA, A.; BELMONTE, P.; TEIXEIRA, M. B. *A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida*. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 7, 2019, p. 50-61.

FERREIRA, J. B. *O ato de criação como operador ético-político dos direitos de existência: ressonâncias com práticas artísticas, clínicas e do trabalho*. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020, p. 1-11.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. *Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2011.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI; FERIGATO, S. H.; MORETO, G. G. *Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil*. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 2, 2020, p. 725-740.

GONÇALVES, J. V. M. *Incorporando o “Espírito Científico”: Colonizações nas e das Umbandas*. In: Ribeiro, Jair J. P., Azevedo, Daniel A., Costa, Leonardo M. da, Morais, Marcelo A., Nunes, Rafael da S., Casemiro, Marco A., Ribeiro, João T. Ribeiro (Orgs.) *Negritudes: protagonismos, culturas e territorialidades*. Rio de Janeiro: Editora Terra Escrita, 2021.

GONÇALVES, J. V. M. *O “Clube da Esquina” ou os Experts nas Encruzilhadas*. In: ASENSI, F.; FILPO, K. P. L.; CABRAL, L. M. S.; CHAVES, M. P. (org.). *Políticas públicas e saúde*. Rio de Janeiro: Pembroke Collins, 2021.

GONZALEZ, L. *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. *Revista Ciências Sociais Hoje*. Anpocs, 1984, p. 223-244.



JAGUN, M. Ewé: *A chave do portal – o conceito de saúde e doença conforme a filosofia ioruba, a ritualística do equilíbrio físico e espiritual através do elemento vegetal*. Rio de Janeiro: Litteris Editora, 2019.

LACAN, J. *A instância da letra no inconsciente freudiano*. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a.

LACAN, J. *O Seminário: Livro 1: os escritos técnicos de Freud, 1953-1954*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

LACAN, J. *Subversão do sujeito e dialética do desejo*. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b.

LAPOUJADE, D. *As existências mínimas*. Editora N -1: São Paulo, 2017.

MAEYAMA, M.; CUTOLO, L. *As Concepções de Saúde e suas ações consequentes*. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 39, n.1, 2010.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. *Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1992, p. 239-262.

MOREIRA, M. I.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. *Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários*. Saúde. Soc., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017.

OLIVEIRA, D. E. *Cosmovisão africana no Brasil: elementos para uma filosofia afrodescendente*. Fortaleza: LCR, 2003.

PICININI, C. *Liberdade e má-fé em Sartre: matizes ético-fenomenológicos*. Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Toledo, Centro de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2018.

QUEIROZ, R. *O poder da Umbanda: Transformação do terreiro para vida*. São Paulo: Madras, 2019.

RAMOSE, M. *Sobre a Legitimidade e o Estudo da Filosofia Africana*. Ensaios Filosóficos, v. 4, 2011.

REYNOLDS, J. *Existencialismo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

REZENDE-PEREIRA, C. A. S.; GONÇALVES, J. V. M. *Morrendo de rir: a (falta de) graça da existência visibilizada em Coringa, de Todd Phillips*. Revista Anãnsi, Salvador, 1(2), 113-130, 2020.

SANTOS, C. F.; CECCIM, R. B. *Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto*. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 67, 2018, p. 1043-1052.



SANTOS, G. M. *Umbanda, Reinado e Candomblé de Angola: uma tríade bantu na promoção da vida responsável*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015.

SANTOS, L. A.; KIND L. *Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio*. Interface – comunicação, saúde, educação, Botucatu, 2020.

SANTOS, W. C. S. *Raça, colonialidade e acautelamento dos espaços religiosos afro-brasileiros: análise sobre o tombamento de terreiros de Candomblé*. In: ARAÚJO, D. F. M. S.; NOGUEIRA, S.

V; SILVA, S. T. L; SANTOS, W. C. S. *Direito: passado, presente e futuro*. Rio de Janeiro: Pembroke Collins, 2020.

SARTRE, J-P. *O existencialismo é um humanismo*. Trad. Rita Correia Guedes. 13. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SARTRE, J-P. *O ser e o nada: ensaio de uma ontologia fenomenológica*. Trad. Paulo Perdigão. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes 2008.

SIMAS, L. A. *O corpo encantado das ruas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

VITTOR, L. *Candomblé e Psicologia: possíveis diálogos*. Brasília: UNICEUB, 2008.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. *Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território*. Polis e Psique, v. 8, n. 1, 2018, p. 173-190.