
A ciência, Deus e eu: o itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental

Ciencia, Dios y Yo: El Itinerario Terapéutico de la Persona con Trastorno Mental

DOI: 10.12957/ek.2025.93699

Camila Muhl¹

FAE Centro Universitário

muhlcamila@outlook.com

RESUMO

A pesquisa do Itinerário Terapêutico permite descobrir quais são os locais e as práticas que uma pessoa recorre em busca de cuidados em saúde. Neste artigo buscamos investigar o itinerário de pessoas com diagnóstico de transtorno mental e para tanto, utilizamos o referencial teórico e metodológico da sociologia fenomenológica. Investigou-se o itinerário terapêutico de 20 pessoas que estavam sendo acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial da região metropolitana de Curitiba (Paraná/Brasil). Os resultados encontrados destacam a biomedicina como a opção de cuidado mais acionada por estas pessoas, seguidas da religião e de práticas de controle corporal como forma de enfrentamento do transtorno mental.

Palavras-chave

Itinerário Terapêutico. Transtornos Mentais. Experiência de doença. Sociologia Fenomenológica. Sociologia da Saúde.

RESUMEN

La búsqueda del Itinerario Terapéutico permite descubrir cuáles son los lugares y prácticas que utiliza una persona en busca de atención médica. En este artículo buscamos investigar el itinerario de las personas diagnosticadas con trastorno mental y para ello utilizamos el marco teórico y metodológico de la sociología fenomenológica. Se investigó el itinerario terapéutico de 20 personas que estaban siendo seguidas en un Centro de Atención Psicosocial de la región metropolitana de Curitiba (Paraná / Brasil). Los resultados encontrados destacan la biomedicina como la opción de atención más utilizada por estas personas, seguida de la religión y las prácticas de control corporal como forma de enfrentamiento del trastorno mental.

Palabras-clave

Itinerario terapéutico. Desórdenes mentales. Experiencia de enfermedad. Sociología fenomenológica. Sociología de la salud.

¹ Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná, mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná, psicóloga pela Universidade do Oeste de Santa Catarina e professora na FAE.

INTRODUÇÃO

Ao acompanhar uma atividade em grupo realizada pela psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma das participantes relatou a sua estratégia para lidar com o transtorno mental, que pode ser sintetizada em três pontos: a) confiança nos médicos, nos medicamentos e no que os profissionais do CAPS lhe falavam, em suma, na ciência biomédica; b) confiança em Deus que iria ajudá-la a vencer o transtorno; e c) confiança em si mesma, pois era forte e tinha ferramentas para sair da situação de desespero em que se encontrava. Esse episódio que aconteceu em uma das primeiras incursões no campo desta pesquisa acabou se mostrando uma boa síntese dos caminhos percorridos na busca de cuidados pelas pessoas com transtornos mentais.

Esse caminho constitui o Itinerário Terapêutico e permite compreender como as pessoas agem, experienciam e significam as suas aflições, tomam decisões, bem como se engajam e abandonam opções de cuidado. Nessa busca não há uma sequência lógica comum a ser seguida, cada pessoa seleciona os passos que dará e o caminho a percorrer, assim como não há obrigatoriedade que todos percorram um mesmo caminho, frequentem os mesmos lugares, atividades ou agentes. No âmbito deste artigo, pesquisei o Itinerário de pessoas diagnosticadas com transtorno mental que estavam em atendimento em um CAPS da região metropolitana de Curitiba, desde a perspectiva da sociologia fenomenológica, buscando identificar quais foram as opções de cuidado acionadas.

A sociologia fenomenológica parte da premissa que a investigação da realidade social precisa incluir necessariamente a subjetividade. Zahavi (2009) fala de como existem correntes particulares da fenomenologia na psicologia, na psiquiatria, também há uma corrente fenomenológica na sociologia, sendo este desdobramento possível pela compreensão de que o sujeito como ser-no-mundo está assentado corpórea, social e culturalmente.

Na sequência do texto, será apresentado o itinerário terapêutico enquanto um meio de compreender a ação de sujeitos com transtorno mental no mundo da vida. Na sequência será detalhado o método e a apresentação dos resultados, onde foi possível compreender que para o manejo do transtorno mental, as pessoas por ele afetadas costumam mobilizar uma pluralidade terapêutica que, na maioria das vezes, engloba a biomedicina, a religião e práticas corporais.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Neste artigo, o ponto de partida é a compreensão de Sociologia enquanto a ciência que estuda a ação social, seja no nível micro das interações face a face, seja no nível macro dos arranjos sociais, representações e instituições. Essa noção de Sociologia aplicada à saúde, toma forma nas investigações do Itinerário Terapêutico (IT), dada a sua preocupação com a reflexão, escolha e engajamento no tratamento para a aflição, ações essas que são *per se* sociais.

Para ser adjetivada como social, a ação humana precisa estar direcionada para as outras pessoas. Nas palavras de Weber (2001, p. 415) “a ação social [...] orienta-se pelas ações dos outros, as quais podem ser ações passadas, presentes ou esperadas como sendo futuras”; o autor continua definindo quem seriam os outros: “podem ser indivíduos e conhecidos ou até uma pluralidade de indivíduos indeterminados e inteiramente desconhecidos”. A ação também visa alcançar algo, é conduta intencional, e enquanto tal está sujeita a obstáculos e possibilidades, fazendo da reflexividade um dos seus componentes básicos (ALVES, 2015).

No cotidiano, as pessoas orientam sua ação a partir de uma percepção da realidade e, ao proceder a avaliação desta percepção, é possível compreender a dimensão subjetiva da ação e os condicionantes nas tomadas de decisão dos diversos participantes de um fenômeno (MOLIANI, 2013). Em síntese, agimos no mundo sempre a partir do lugar onde nos encontramos, das interações sociais que estabelecemos e de uma reflexão que fazemos sobre a situação.

Esta fórmula adotamos também em uma situação de adoecimento, onde precisamos avaliar, escolher e decidir sobre as ações de cuidado que iremos aderir ou desenvolver para sanar o problema. O conjunto de todas as ações de cuidado constitui o itinerário terapêutico. As escolhas ocorrem diante da consciência de possibilidades de cursos de ação que estão igualmente ao alcance e são acessíveis ao indivíduo (ALVES; SOUZA, 1999). Todavia, o itinerário terapêutico não é um plano de ação definido de antemão pela pessoa enferma, ele vai sendo desenvolvido, modificado e até mesmo abandonado durante o curso da doença.

Assim, o IT também não obedece a esquemas e fluxos pré-determinados. Cabral *et al* (2011) esclarecem que as escolhas expressam construções subjetivas, individuais e coletivas, acerca do processo de adoecimento e tratamento, que recebem influência de diversos fatores e contextos. Estas escolhas podem mobilizar diferentes recursos, de

acordo com a realidade da pessoa, como cuidados caseiros, práticas religiosas e dispositivos biomédicos que irão constituir o percurso de cuidado desta pessoa em particular (KLEINMAN, 1978).

Ainda que não haja uma determinação social do itinerário terapêutico, o contexto sociocultural influencia esse percurso, em especial, os processos de escolha e da ação social. O itinerário terapêutico revela então que há uma cultura do cuidado em uma determinada sociedade, e que o cuidado é feito na e pela cultura, uma vez que engloba as relações sociais, as redes de apoio e o acesso a tratamentos, o que interfere nas escolhas terapêuticas (PINHEIRO *et al*, 2016). Isto significa que muitas formas de tratamento podem ser empregadas simultaneamente ou sucessivamente nos itinerários terapêuticos e, também, que quanto mais longo o curso da doença, tal como pode ocorrer com os transtornos mentais que se apresentam como casos crônicos, maior o número das formas de cuidado, lugares, agentes e atividades.

O MÉTODO

Schutz argumenta que a pesquisa em ciências sociais serve para “a exploração dos princípios gerais de acordo com os quais o homem em sua vida cotidiana organiza sua experiência, especialmente aquelas em relação ao mundo social” (SCHUTZ, 2012, p. 295). Dessa forma, entendendo o itinerário terapêutico como a maneira de organizar as experiências em relação à doença, a estratégia de pesquisa envolve um método compreensivo. Esta tradição é inaugurada nas ciências sociais por Max Weber com a sociologia compreensiva, que parte da proposição de que toda ação humana pode ser compreendida no que diz respeito ao seu significado (WEBER, 2001).

Schutz (1989; 2012) aciona a teoria weberiana para destacar o aspecto subjetivo da experiência, na qual a conduta humana emerge um contexto significativo subjetivo. Além da sociologia compreensiva de Weber, Schutz se apropria dos conceitos da fenomenologia, em especial a tradição husserliana, e propõe assim a base conceitual da Sociologia Fenomenológica, que tomo como base dessa investigação, e que permite conhecer a estrutura significativa do mundo social (SCHUTZ, 1989).

Segundo Schutz (2012) são passíveis de compreensão os motivos, os meios e fins humanos, assim como, o planejamento e as ações humanas. Nesse âmbito, a etapa final de um método baseado em Weber e Schutz seria a composição dos tipos ideais, tal seja, a acentuação de uma ou mais características da ação de um agente, formando um

quadro conceitual de análise que já não representa o agente na realidade (WEBER, 2003); entretanto, tendo em vista o objeto desse estudo, não seria possível aplicar essa tipologia. Opto então por tomar o caminho proposto por Cohn (2003) e buscar a compreensão da ação de diferentes agentes em um mesmo contexto, nesse caso, em suas escolhas de cuidado e saúde.

A pesquisa de campo foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Curitiba (Paraná/Brasil), serviço especializado em saúde mental de base comunitária onde são atendidas as pessoas com diagnóstico de transtorno mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho de campo foi realizado durante um semestre, com observações e registro das atividades do CAPS.

Também foram realizadas entrevistas em profundidade para a reconstrução sistemática do itinerário terapêutico de 20 usuários do CAPS. Perguntamos sobre o IT individual, partindo da premissa de Moreira, Bosi e Soares (2016) de que este é um constructo que permite compreender como se deram os processos de adoecimento e a busca por cuidados; como a experiência foi interpretada pela pessoa e seus familiares e quais os significados do evento em suas vidas. O objetivo da pesquisa era recuperar essa trajetória, ou seja, investigar quais foram as opções de cuidado desde os primeiros sinais da doença até o momento da entrevista. A duração das entrevistas, que foram gravadas em áudio e transcritas, variou entre 15 e 76 minutos. Todos os preceitos éticos foram seguidos no decorrer da investigação, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 67177417.1.0000.0102; Número do Parecer: 2.044.014).

A análise dos dados, em coerência com o aporte teórico e metodológico, foi realizada em três ações: descrever, compreender e significar. No primeiro momento, realizei uma descrição pormenorizada das situações observadas no campo e a partir dessa descrição, foi realizada a interpretação compreensiva, e como etapa final busquei os nexos de significado.

OS ITINERÁRIOS E SEUS SIGNIFICADOS

O estudo do Itinerário Terapêutico de um conjunto particular de indivíduos exigiu uma breve caracterização sócio-demográfica dos participantes da pesquisa (Quadro 1). Esta caracterização permite compreender dados da realidade social dos entrevistados que impactam em suas escolhas de cuidado e tratamento.

Quadro 1 – Perfil dos Participantes de Pesquisa

Nome	Idade	Estado Civil	Profissão	Religião	Tempo de atendimento CAPS
Adélia	53	divorciada	cozinheira	Católica	1,3 anos
Betânia	36	Solteira	química	Católica	4 anos
Cícero	19	Solteiro	não possui	evangélico	7 meses
Daniel	33	Solteiro	diarista	evangélico	3 meses
Edson	55	divorciado	pedreiro	católico e evangélico	6 meses
Fabiana	20	Solteira	não possui	Católica	1 semana
Glória	46	Casada	do lar	Católica	4 anos
Helena	20	Solteira	estudante	evangélica	2 meses
Ivone	52	Casada	gerente geral	Católica	4 meses
Juliana	30	Solteira	serviços gerais	evangélica	1 mês
Kevin	26	solteiro	auxiliar de produção	evangélico	2,6 anos
Lorena	39	Casada	vigilante	evangélica	2 anos
Marcos	41	Solteiro	auxiliar de radiologia	não possui	1 anos
Noemi	59	Casada	salgadeira	testemunha de Jeová	10 anos
Olga	53	Casada	confeiteira	Católica	8 meses
Pilar	54	Casada	serviços gerais	Católica	7 anos
Rafael	19	Solteiro	estudante	Católico	2 meses
Selma	38	Solteira	auxiliar de cozinha	católica e evangélica	2 semanas
Tereza	48	Solteira	do lar	evangélica	10 meses
Vilma	39	Casada	auxiliar de produção	evangélica	1,4 anos

Fonte: A autora.

O que tipicamente se faz diante de uma situação-problema é procurar entre as receitas de mundo que já conhecidas como solucionar a questão (SCHUTZ, 2012). Isto ocorre também em relação a doença; recorre-se a serviços de saúde e opções de cuidado já utilizados. Se estas não se mostram efetivas, amplia-se o leque de opções e investiga-se no mundo ao alcance, outras possibilidades, criando um fenômeno conhecido como pluralismo terapêutico. Isso ocorre porque as práticas de cuidado são tecidas a partir de diferentes combinações, em contextos culturais e sociais distintos e, sobretudo, de acordo com a disponibilidade de recursos (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

A partir dos dados coletados junto aos participantes, o pluralismo terapêutico do itinerário ficou evidenciado, que pode ser organizado em três grandes categorias de conhecimentos e de práticas terapêuticas:

- **Biomedicina:** buscada pelos entrevistados por possuir validade científica e também prestígio na sociedade e inclui serviços de saúde (públicos ou privados), consulta médica, psicoterapia, etc.
- **Práticas corporais:** utilizadas pelos entrevistados com o objetivo de manter o corpo em bom funcionamento e inclui atividades como exercícios físicos, esportes e *yoga*.
- **Religião:** compreende as atividades que relacionam espiritualidade e cuidado e restringem-se às práticas realizadas em religiões institucionalizadas.

Apesar das três categorias aparecerem com frequência entre os entrevistados, os relatos sobre a biomedicina ocupam maior espaço e são mais detalhados. Nesta categoria foi possível identificar os serviços de saúde nos quais as pessoas buscaram auxílio. Já nas categorias Religião e Práticas Corporais, os relatos são mais indiferenciados, mas ainda assim, foi feito o esforço de descrever e compreender essas ações. As diferentes formas de cuidado são acionadas justamente por conterem distintas racionalidades, saberes e práticas, e são acionadas nas diferentes situações pelas quais as pessoas passam, atribuindo ao itinerário terapêutico os contornos da complexidade que é própria da vida.

Assim, dentro da categoria Biomedicina estão compreendidas as seguintes opções de cuidado: Ambulatório de Saúde Mental, Unidades Básicas de Saúde, Atendimento Móvel (como o SAMU), CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil), CAPS TM (Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental), Centro de Convivência², Clínica Popular, Comunidade Terapêutica, Consultório Médico, Consultório de Psicologia, Consultório de Psiquiatria, CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)³, Hospital-dia, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e Pronto-atendimento. Já nas

² Ainda que os Centros de Convivência estejam previstos dentro dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria n.3.088/2011 do Ministério da Saúde, pelos relatos, os serviços acionados, na prática, se tratavam de equipamentos do Sistema Único de Assistência Social.

³ Ainda que o CRAS não se classifique como um serviço de saúde e sim de assistência social, ele é acionado como uma forma de cuidado com base nos profissionais que ali atuam, psicólogos e assistentes sociais, e por isso o serviço foi aqui incluído como rede estendida de cuidado a saúde mental.

categorias Religião e Práticas Corporais não foi possível fazer discriminação interna de ações. No Quadro 2 podemos observar as trajetórias dos participantes na sua busca por cuidados:

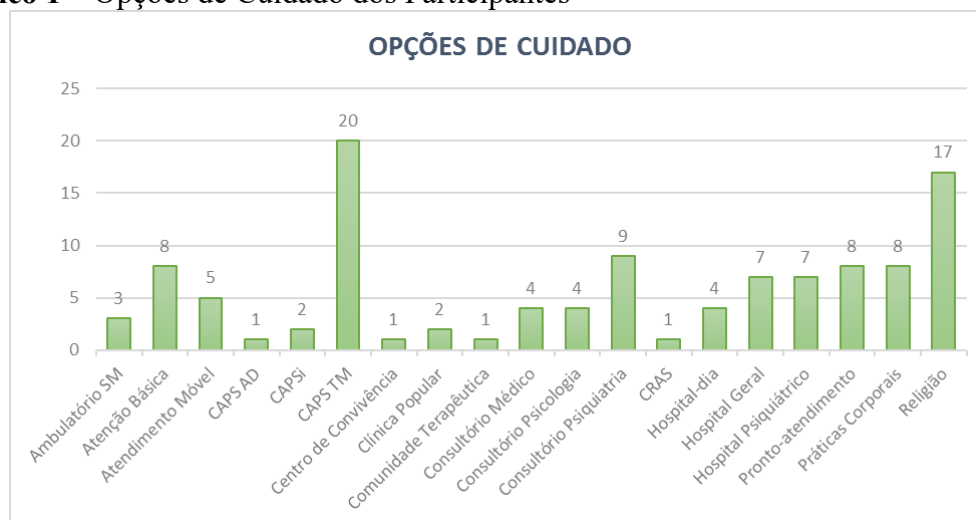
Quadro 2 – Itinerários Terapêuticos dos Participantes

	Ambulatório SM	Atenção Básica	Atendimento Móvel	CAPS AD	CAPSi	CAPS TM	Centro de Convivência	Clínica Popular	Comunidade	Consultório Médico	Consultório Psicologia	Consultório Psiquiatria	CRAS	Hospital-dia	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico	Pronto-atendimento	Práticas Corporais	Religião
Adelia		x				x									x				x
Betania			x			x				x		x		x	x			x	x
Cícero		x			x	x										x		x	x
Daniel		x		x		x			x		x	x	x	x					x
Edson	x					x				x	x	x						x	
Fabiana					x	x									x				
Gloria	x					x								x					x
Helena		x				x		x			x								x
Ivone		x	x			x	x				x	x			x			x	x
Juliana			x			x						x			x			x	x
Kevin						x						x						x	x
Lorena		x				x		x									x		x
Marcos			x			x				x		x			x	x	x	x	
Noemi		x				x						x					x		x
Olga		x				x											x		x
Pilar						x				x		x				x	x	x	x
Rafael						x									x	x			x
Selma						x										x	x		x
Tereza						x										x	x		x
Vilma	x		x			x								x		x	x		x

Fonte: A autora.

Cabe lembrar que o CAPS é citado por todos os participantes pois as entrevistas foram feitas neste local, no entanto, se observarmos a trajetória e as opções preferenciais de cuidado, podemos entender que o CAPS manteria o seu lugar de destaque, uma vez que há o direcionamento da rede de atenção em encaminhar as pessoas aos serviços especializados em saúde mental. No Gráfico 1, é possível observar a frequência com que cada opção de cuidado foi acionada pelos entrevistados.

Gráfico 1 – Opções de Cuidado dos Participantes



Fonte: A autora.

Além do CAPS, se destaca como opção de cuidado muito procurada a religião, com 17 citações. Com frequência média de procura estão: Consultório de Psiquiatria (9), Atenção Básica (8), Pronto-atendimento (8), Práticas Corporais (8), Hospital Geral (7), Hospital Psiquiátrico (7) e Atendimento Móvel (5). Foram citadas poucas vezes pelos entrevistados: Consultório Médico (4), Consultório de Psicologia (4), Hospital-dia (4), Ambulatório de Saúde Mental (3), CAPSi (2), CAPS AD (1), Centro de Convivência (1), Clínica Popular (1), Comunidade Terapêutica (1) e CRAS (1).

Conhecendo as opções de cuidado mais procuradas para a atenção à saúde mental, podemos entender em que ordem elas são acessadas. Quando a pessoa manifesta sua primeira crise psíquica ou apresenta os primeiros sintomas de transtorno mental, esse comportamento é rapidamente codificado como sendo um problema de saúde, como podemos ver no Quadro 3⁴, em que apenas uma pessoa escolhe a religião como sua primeira opção de cuidado, ao invés de um serviço biomédico. A identificação do problema de saúde é normalmente feita por alguém que convive com a pessoa, seja a família, uma pessoa do ambiente de trabalho ou com quem mantenha relação de amizade, ainda que nem sempre a pessoa em crise corrobore que está sofrendo de alguma doença.

Neste momento, sem diagnóstico de transtorno mental, o movimento se dá em direção ao cuidado generalista, sendo que as opções elencadas com mais frequentes são

⁴ Nem todas as opções de saúde já citadas aparecem neste Quadro 3, pois algumas delas não foram elencadas como opções preferenciais de saúde. Foram excluídos os itens: CAPS AD, Centro de Convivência, Comunidade Terapêutica, CRAS, Práticas Corporais.

a Atenção Básica (4 citações) e o Consultório Médico de clínica geral (4 citações). Com o agravamento dos sintomas ou através de encaminhamentos, o próximo passo é bater na porta de um serviço especializado. Assim, como segunda opção de cuidado mais frequente temos o CAPS (6 citações, somando as modalidades Transtorno Mental e Infanto-juvenil), seguido de consultório de psiquiatria (4 citações).

Como terceira opção de cuidado, o caminho em direção a especialidade ainda continua (o CAPS TM é citado 5 vezes). Todavia, nesse momento do IT, surge um outro tipo de cuidado importante que é a religião (citada 3 vezes) o que poderia indicar que quando os cuidados biomédicos são considerados insuficientes, busca-se outras formas de cuidado. Uma possível explicação para a procura pela religião pode ser a particularidade do desenvolvimento do transtorno mental, que muitas vezes se apresenta como quadro crônico, diferente de várias outras doenças passíveis de cura pela biomedicina. Diante da impossibilidade da cura, mesmo com tratamento medicamentoso e terapias, as pessoas muitas vezes procuram solução em espaços que ofereçam uma concepção de doença distinta daquela oferecida pela biomedicina. Assim as religiões, por apresentarem explicações próprias para o sofrimento, erigem-se em formas de cuidar diferentes da biomedicina. Estas formas diferentes de cuidado – biomedicina e religião – são combinadas pela maior parte dos entrevistados ressaltando o caráter plural do itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com transtorno mental.

Quadro 3 - Opções de Cuidado Preferenciais entre os Participantes

	Ambulatório SM	Atenção Básica	Atendimento Móvel	CAPSi	CAPS TM	Clínica Popular	Consultório Médico	Consultório Psicologia	Consultório Psiquiatria	Hospital-dia	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico	Pronto-atendimento	Religião
1ª opção		4	1				4	2	3	1	2	2		1
2ª opção			1	2	4	1		2	4		1	2	2	1
3ª opção	2	2	1		5	1			2		1	2	2	3

Fonte: A autora.

Conhecendo as linhas gerais dos itinerários terapêuticos dos participantes, na sequência são abordadas as opções de cuidado a partir dos relatos e da literatura na área, num esforço de descrever cada uma delas.

Biomedicina

A opção de cuidado citada com maior frequência pelos entrevistados é a biomedicina. Este dado reflete, em certa medida, o contexto social que estima o saber biomédico, hospitalocêntrico, racionalizado e especializado. A valorização da biomedicina e suas instituições a partir do século XX, acaba por retirar gradativamente o espaço de outras formas de saber no diagnóstico e tratamento de doenças (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2015).

Vejamos alguns relatos sobre o atendimento recebido nos serviços biomédicos:

“Esses dias até parei de vir no CAPS porque estava voltando a crise, então eu desanimei... Como eu vim na consulta com o doutor, eu pedi internamento, eu pensei: ‘não tem jeito, vou ter que me internar para ver se volto’. Eu não conseguia voltar... Nessa última consulta, o doutor falou que ia demorar 30 dias para sair a vaga para o internamento, mas ele falou: ‘vai tentando vir no CAPS, vai tentando vir e se sair a vaga você se interna e se você não conseguir vir no CAPS daí você se interna’. [...] eu pedi faz uns 15 dias, mas desses 15 dias para cá eu consegui vir no CAPS, eu consegui vir, então agora eu acho que o CAPS já está bom, não precisa de internamento” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“A Psiquiatra falou para mim que essa doença é uma doença muito cruel, que ela vai judiando da gente aos poucos. Tem remédio. Se a gente quiser se ajudar a gente sai, mas não é fácil, não é fácil” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“Eu queria uma coisa que sumisse a dor e eu acabei tomando um vidro de Clonazepam inteiro e daí o que aconteceu? fui parar no hospital. [...] Mas eu fiquei uma semana sem saber quem era, eu não lembro de nada. Daí o médico disse que o único jeito era esperar passar o efeito do remédio” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Eu fui no pronto-atendimento que me deu uma crise muito forte de choro e uma confusão mental sabe?” (Tereza, 48 anos, do lar).

Os relatos mostram a experiência dos entrevistados com a biomedicina que lhes fornece a interpretação dos fatos, a proposta terapêutica e o prognóstico. A compreensão biomédica da doença é assimilada pelos doentes que passam a reproduzi-la, bem como seguem as recomendações feitas. A confiança no médico provém não da fé no profissional, que é um desconhecido na maioria das vezes, mas do conhecimento que ele representa, o que Giddens (1991) chama de sistema perito.

Ainda que não recorra a um sistema perito com frequência, como a medicina, o doente quando o faz, parte da premissa de que esse sistema geralmente funciona e que é possível confiar. Confiança é aqui entendida como “crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos” (GIDDENS, 1991, p. 36).

Giddens (1991) complementa dizendo que no tipo de sociedade que vivemos atualmente é impossível optar por sair completamente dos sistemas peritos, já que o conhecimento perito acaba por criar ou reproduzir o universo dos eventos onde ele está inserido. Assim, se antigamente um doente poderia ignorar os conselhos de uma feiticeira ou um sacerdote e continuar levando a sua vida, com o desenvolvimento da cultura científica e da biomedicina é quase impossível, na sociedade contemporânea, que uma pessoa vivenciando uma doença, não recorra a um profissional biomédico em busca de ajuda.

A biomedicina já se faz presente na vida e no estoque de conhecimento (SCHUTZ, 2012), mesmo para os leigos nesse assunto, sendo sempre uma opção de cuidado disponível, de modo que, mais cedo ou mais tarde, um caso de mera suspeição de transtorno mental acaba por chegar a uma instituição médica (SOUZA, 1999). Todavia, não se pode afirmar que a Biomedicina é o ponto final em termos de tratamento para pessoas com esse diagnóstico.

Práticas Corporais

Pensando o corpo pelo prisma da fenomenologia, desde a preocupação com a experiência e o significado, entendemos que o corpo é o fundamento para participar do mundo social, sendo atravessado, portanto, pelos aspectos culturais e suas práticas (MERLEAU-PONTY, 1999; GIORDANI, 2009).

Le Breton (2012) assinala que, antes de qualquer coisa, a experiência é corporal. É através dela que a relação com o mundo é construída nas atividades perceptivas, nas expressões de sentimentos, nos cerimoniais, nos ritos de interação, nos gestos, na produção da aparência, nos jogos de sedução, na relação com a dor e o sofrimento, nos exercícios físicos e nas técnicas do corpo.

Nas entrevistas, é central ao relato o cuidado com o corpo. Sua observação e suas atividades, também são considerados no momento de tomar decisões acerca do melhor tratamento para o transtorno mental. Existe então um manejo corporal e um investimento prático do indivíduo sobre o corpo (GIORDANI, 2009).

“Eu me apegava bastante no exercício. Quando eu via que eu estava irritada, que estava começando a bater aquela angústia, eu já corria para a esteira e descia correr para passar, para extravasar aquela angústia, aquela coisa ruim” (Betânia, 36 anos, química).

“Atividade física me ajuda muito... Eu me sinto melhor, eu faço aquela academia de “estica-velho” que eles falam (risos)” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Atividade física também... sai correr, andar... você acaba melhorando realmente os sintomas né” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Fazer atividade física ajuda muito... está me ajudando... eu jogo basquete” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“Eu gosto de jogar bola... às vezes vou para praia jogar bola com a piazada” (Edson, 55 anos, pedreiro).

Nestes trechos destaca-se a presença da atividade física aeróbica ou muscular no cotidiano das pessoas, realizadas em academias, em casa com aparelhos de ginástica, ao ar livre ou a prática de esportes. Há entre os entrevistados a crença de que essas práticas melhoram os sintomas da doença, mas o efeito alcançado parece ir além, trazendo bem-estar e desviando o foco de atenção da doença para um outro lugar.

Compreendemos como esses resultados são alcançados a partir da obra de Merleau-Ponty (1999). Encontrar um novo uso para o corpo, enriquece e reorganiza o esquema corporal, ou seja, se engajar em uma nova prática como um treino na academia ou um esporte, acaba trazendo ferramentas para a pessoa, pois ela passa a ter novas formas de experienciar a sua relação com o mundo.

O corpo é também o lugar onde a experiência de doença se manifesta. A doença pauta-se no corpo enquanto dimensão vivida da cultura, interligando a maneira como o indivíduo experimenta o adoecimento e o esforço desse sujeito para intervir na realidade (GIORDANI, 2009). Assim, a ação dos entrevistados na busca de controle sobre o corpo é uma busca de controle sobre a situação de adoecimento.

“Então eu vou na quarta-feira... tem yoga daí eu vou [...] eu achei legal, gostei... porque é exercício...eu preciso por causa da minha fibromialgia e eu acho interessante” (Ivone, 52 anos, gerente geral)

“Eu tento respirar...tento porque o pensamento invade a mente e não tem como eu controlar, aí tento jogar um pensamento bom ou se no momento não dá, eu tento respirar” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção)

O que é considerado terapêutico pelos entrevistados é muito amplo, como yoga e exercícios de respiração, não se restringindo aos cuidados técnicos da biomedicina ou aos rituais de cura da religião. O efeito terapêutico também está presente em práticas que não seriam consideradas como terapêuticas *a priori*, mas que por provocarem modificações nos corpos recebem esse valor (TAVARES, 2017). Nosso intuito não é, portanto, equiparar a prática de uma atividade física com o cuidado no CAPS, por exemplo, mas demonstrar como os entrevistados se engajam em diferentes tratamentos e práticas em busca de melhorar seu quadro clínico. As práticas corporais aparecem como opção de cuidado para o transtorno mental, porque o corpo é um “nó de significações” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 210) que une as experiências de adoecimento e as experiências de cura, à presença e a ausência dos sintomas, o sofrimento e o bem-estar.

Religião

Os estudos da religiosidade das classes populares urbanas têm apontado para o papel central que os cultos religiosos podem ter enquanto agências terapêuticas. A melhora de um quadro clínico via religião parte da premissa de que as ações religiosas curam porque estabelecem – ou devolvem – ordem à experiência caótica do adoecimento para a pessoa enferma e seu grupo social (RABELO, 1993).

No âmbito deste artigo, compreenderemos religião enquanto um sistema organizado e coletivo de crenças, com práticas reconhecidas e reproduzidas em uma

comunidade e um conjunto de respostas compartilhadas. Outra característica importante é o aspecto institucional da religião, que permite que ela exista enquanto fenômeno mais ou menos estático, ancorado na tradição e em doutrinas previamente estabelecidas (FREITAS, VILELA, 2017; FREITAS, 2017).

Nessa pesquisa, o caráter institucional da religião ganha destaque, uma vez que, pelos relatos dos participantes, as ações de cuidado que envolveram religião foram feitas sob a égide do culto religioso organizado, em espaços sagrados, e sob a liderança do pastor, padre ou benzedeira, entre outros.

A religião aparece como uma opção de cuidado, conforme Rabelo, Alves e Souza (1999), porque nem sempre há paralelo entre o problema de saúde e a escolha da agência terapêutica, se assim fosse, diante de sintomas físicos, as pessoas acionariam apenas serviços biomédicos. Dessa maneira, no cotidiano do cuidado, não há “doenças de médicos”, e “doenças espirituais”, acompanhadas pela religião, e sim, a complementaridade dessas práticas, onde profissionais de saúde e especialistas religiosos são chamados para lidar com um mesmo conjunto de sintomas,

“Eu costumo falar que eu vivi o inferno na terra, porque é muito sofrimento...e eu vou para a igreja... fui para a igreja porque lá eu encontrei um porto seguro, lá eu encontrei um lugar onde eu posso refletir e receber uma palavra de ânimo” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“As vozes não estão contínuas como estavam antes porque agora eu descobri que se eu ler a Bíblia e louvar a Deus as vozes param...” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

“Foi na época que eu entrei trabalhar, que eu entrei trabalhar... eu sabia... no fundo você sente que tem alguma coisa que não tá bem [...] naquela época, a saúde era uma coisa e eu me sentir bem era outra, então eu comecei na igreja, na igreja evangélica...” (Lorena, 39 anos, vigilante).

Anteriormente, já vimos que diante dos primeiros sintomas de transtorno mental ou na primeira crise, essa experiência já é significada pelo grupo social da pessoa como sendo uma doença, ainda que não se saiba qual. Lorena foi a única participante dessa pesquisa que significou a experiência de mal-estar que estava tendo como sendo de ordem espiritual, e por isso, sua primeira opção de cuidado foi a religião.

Ao procurar cuidado na religião, os entrevistados acionaram diferentes práticas como benzimento, rituais de cura e oração:

“Benzedeira desde criança, sim, sempre. [...] eu lembro do balcãozinho, eu lembro das coisas em cima do balcãozinho, eu lembro do copo d’água, eu lembro das folhinhas lá, eu lembro dela falando as coisas” (Helena, 20 anos, estudante).

“Eu estava indo na igreja esses tempos [...] Revelação, coisas que fala para gente: ‘você tá perdida, tem uma pessoa aí que está assim’ sabe?... daí você ergue a mão e a pessoa fala ‘é você aí’... você vai para frente e recebe oração. Então aquilo parece que, parece como se Deus estivesse falando com a gente, então me ajuda bastante” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“Tanto que eu participo de um grupo de autoajuda... é grupo familiar né... aí a gente conversa sobre tudo isso também. [...] É a pastoral da família” (Olga, 53 anos, confeitadeira).

“A oração, é muito bom que eu desabafo... coisa que eu não consigo nem falar com minha família, com o pessoal aqui, nem no colégio, eu falo em oração” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

Mas de que maneira a religião produz algum efeito sobre a enfermidade? Lévi-Strauss (2012), afirma que qualquer doença ou perturbação fisiológica traz consigo um conteúdo afetivo que aparece à consciência da pessoa e que a cura igualmente acontece quando se lida também com esses aspectos afetivos. Neste caso, a referência não é uma eficácia técnica, como aquela almejada pela biomedicina, mas sim de uma eficácia de ordem simbólica (TAVARES, BASI, 2013).

A eficácia simbólica produz um reordenamento estrutural da situação vivida pela pessoa, a partir do momento em que consegue produzir uma experiência específica através de determinados procedimentos, métodos ou técnicas de cura. Não se trata, porém, de um efeito placebo; o que acontece, é uma transformação ou uma reorganização estrutural na vivência da pessoa (LÉVI-STRAUSS, 2012; MALUF, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Itinerário Terapêutico (IT) diz respeito à reconstituição dos percursos das pessoas na busca de cuidados para uma enfermidade, e nessa pesquisa em específico, o

cuidado para o transtorno mental, no qual foram acionadas diferentes agências: biomedicina, práticas corporais e religião. Ainda que haja um predomínio na busca pela biomedicina, pelo amplo reconhecimento social que esta possui, ela não foi suficiente para sanar a aflição causada pelo transtorno mental, o que fez os entrevistados a combinarem com outras possibilidades de cuidado, como os rituais religiosos e a prática de atividades físicas.

Desde a Sociologia da Saúde, compreendemos que a doença e a cura são experiências intersubjetivas, sendo, portanto, realidades processuais vivenciadas de maneira distinta pelas pessoas e não um acontecimento fechado e acabado. Curadores e doentes estão frequentemente negociando os significados da enfermidade e do cuidado, cada qual com seu conhecimento prévio e expectativas futuras, que são colocadas em jogo nas instituições de saúde, na religião e nos demais locais onde é possível encontrar cuidado (RABELO, ALVES e SOUZA, 1999). Assim sendo, investigar o itinerário terapêutico é uma forma de compreender o campo mais amplo de atenção à saúde, que abrange também a experiência de doença e seus significados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexus de significados da doença. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, v. 1, n. 42, p.29-43, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 11, p.4433-4442, nov. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001200016>.
- COHN, Gabriel. **Crítica e Resignação: Max Weber e a teoria social**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- FREITAS, Marta Helena de. Psicologia religiosa: psicologia da religião/ espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade?. **Revista Pistis Praxis**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.89-107, 27 abr. 2017. Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR. <http://dx.doi.org/10.7213/2175-1838.09.001.ds04>.

FREITAS, Marta Helena de; VILELA, Paula Rey. Leitura Fenomenológica da Religiosidade: Implicações para o Psicodiagnóstico e para a Práxis Clínica Psicológica. **Phenomenological Studies**: Revista da Abordagem Gestáltica, Goiânia, v. 1, n. 23, p.95-107, jan. 2017.

GERHARDT, Tatiana Engel; BURILLE, Andreia; MÜLLER, Tatiana Leite. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al (Org.). **Itinerários terapêuticos::** integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims/ Uerj – Abrasco, 2016. p. 27-98.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.809-821, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732009000600003>.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, Marisete T.. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. **Guaju**, Matinhos, v. 1, n. 2, p.110-126, dez. 2015.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. & Med.**, N.i., v. 12, n. 1, p.85-93, jan. 1978.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petropolis: Vozes, 2012.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify,, 2012.

MALUF, Sônia Weidner. Eficácia simbólica: Dilemas teóricos e desafios etnográficos. In: TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca. **Para além da eficácia simbólica**: estudos em ritual, religião e saúde. Salvador: Edufba, 2013. p. 29-60.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MOLIANI, Maria Marce. **O Reverso da Cura**: Erro e efeitos adversos do trabalho médico. Curitiba: Editora Ufpr, 2013.

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; SOARES, Camila Alves. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al (Org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims/ Uerj – Abrasco, 2016. p. 223-236.

PINHEIRO, Roseni et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al (Org.). **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS**: Integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims/ Uerj – Abrasco,, 2016. p. 13-26.

RABELO, Miriam Cristina. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.316-325, set. 1993. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1993000300019>.

RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. Introdução. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 11-42.

SCHUTZ, Alfred. **La construcción significativa del mundo social**. Barcelona: Paidós, 1989.

SCHUTZ, Alfred. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petropolis: Vozes, 2012.

SOUZA, Iara Maria A.. Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 89-124.

TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca. Efeitos, símbolos e crenças: Considerações para um começo de conversa. In: TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca. **Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde**. Salvador: Edufba, 2012. p. 17-28.

WEBER, Max. **Ensaio sobre a teoria das Ciências Sociais**. São Paulo: Centauro, 2003.

WEBER, Max. **Metodologia das ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2001.

ZAHAVI, Dan. **Fenomenologia para Iniciantes**. Rio de Janeiro: Via Verita: 2019.

Recebido em: 24/08/2025 | Aprovado em: 28/02/2026