


Percepção de pessoas com transtorno mental em relação ao apoio social religioso e de profissionais de saúde

Perception of people with mental disorders in relation to religious and health professional social support

Percepción de las personas con trastornos mentales en relación al apoyo social religioso y de los profesionales de la salud

Patrícia de Jesus Fernandes^a 

Fabio Scorsolini-Comin^a 

Débora Vieira Belchior^a 

Janaína Cristina Pasquini de Almeida^a 

Jaqueline Lemos de Oliveira^b 

Jacqueline de Souza^a 

Como citar este artigo:

Fernandes PJ, Scorsolini-Comin F, Belchior DV, Almeida JCP, Oliveira JL, Souza J. Percepção de pessoas com transtorno mental em relação ao apoio social religioso e de profissionais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230197. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230197.pt>

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de pessoas com transtorno mental em relação ao apoio social religioso e dos profissionais de saúde.

Método: estudo qualitativo, descritivo-exploratório. Foi realizado com sete membros de uma instituição religiosa de vertente cristã, adultos e com diagnóstico médico de transtorno mental. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, entre maio e agosto de 2021. Utilizou-se a análise de conteúdo temático.

Resultados: o apoio dos profissionais de saúde foi enfatizado em relação aos sintomas e suas consequências psicossociais, aludindo à medicação como aspecto principal. Já o apoio social religioso foi descrito sob uma lógica de acompanhamento afetivo, aprendizado e busca por superação como forma de amenizar o sofrimento.

Conclusão: a percepção das pessoas com transtornos mentais em relação ao apoio dos profissionais de saúde permeou o caráter biomédico, marcado pelo tratamento medicamentoso na remissão de sintomas. Entretanto, a religiosidade/espiritualidade foi apontada como importante fator complementar ao tratamento. Nesse sentido, destaca-se a intersecção entre os dois tipos de apoio como um aspecto para a ampliação dos cuidados em saúde mental.

Descritores: Apoio Social. Espiritualidade. Religião. Saúde Mental. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Objective: analyze the perception of people with mental disorders in relation to religious social support and health professionals in caring.

Method: qualitative, descriptive-exploratory study. It was carried out with seven members of a Christian religious institution, adults and medically diagnosed with mental disorders. Data were collected through semi-structured interviews, between May and August 2021. Thematic content analysis was used.

Results: support from healthcare professionals was emphasized in relation to symptoms and their psychosocial consequences, referring to medication as the main aspect, despite stigma and side effects. Religious social support was described under a logic of affective support, learning and the search for overcoming as a way of alleviating suffering.

Conclusion: the perception of people with mental disorders in relation to the support of health professionals permeated the biomedical character marked by drug treatment in the remission of symptoms. However, religiosity/spirituality was highlighted as an important complementary factor to treatment. In this sense, the intersection between the two types of support stands out as an aspect for expanding mental health care.

Descriptors: Social Support. Spirituality. Religion. Mental Health. Mental Disorders.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de las personas con trastornos mentales en relación al apoyo social religioso y de los profesionales de la salud en la atención.

Método: estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio. Se llevó a cabo con siete miembros de una institución religiosa cristiana, adultos y diagnosticados médicamente con trastornos mentales. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas, entre mayo y agosto de 2021. Se utilizó análisis de contenido temático.

Resultados: se destacó el apoyo de los profesionales de la salud en relación a los síntomas y sus consecuencias psicossociales, refiriéndose a la medicación como aspecto principal, a pesar del estigma y los efectos secundarios. El apoyo social religioso fue descrito bajo una lógica de apoyo afectivo, aprendizaje y búsqueda de superación como forma de aliviar el sufrimiento.

Conclusión: la percepción de las personas con trastornos mentales en relación al apoyo de los profesionales de la salud permeó el carácter biomédico marcado por el tratamiento farmacológico en la remisión de los síntomas. Sin embargo, la religiosidad/espiritualidad se destacó como un factor complementario importante al tratamiento. En este sentido, la intersección entre ambos tipos de apoyo se destaca como un aspecto para ampliar la atención en salud mental.

Descritores: Apoyo Social. Espiritualidad. Religión. Salud Mental. Trastornos Mentales.

^a Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^b Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

Mesmo que a definição de saúde difundida pela Organização Mundial de Saúde não tenha incluído, oficialmente, o vértice religioso/espiritual, cada vez mais essa dimensão vem sendo evocada nos processos de cuidado em saúde. Em termos das nomenclaturas utilizadas, embora haja distinções do ponto de vista epistemológico em relação aos conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade, tem havido um movimento no sentido de propor a nomenclatura integrada, a Religiosidade/Espiritualidade (R/E) quando se objetiva investigar os desfechos dessa dimensão nos processos de saúde-doença-cuidado. A R/E engloba tanto elementos ligados a instituições religiosas e seus dogmas como o modo pessoal como os sujeitos experienciam tais crenças e se relacionam com o transcendente⁽¹⁾. Outra nomenclatura que também vem sendo mais explorada em uma leitura decolonial é a de ancestralidade, que se relaciona à experiência do sagrado em religiões de matrizes africanas, por exemplo^(2,3).

Os estudos sobre a abordagem da R/E no cuidado em saúde revelam que os profissionais valorizam essa dimensão, embora nem sempre possuam conhecimentos e experiências que fundamentam essa atuação⁽⁴⁻⁷⁾. Ações desenvolvidas nesse sentido abarcam técnicas de relaxamento, meditação e práticas de oração de acordo com o desejo dos usuários, bem como estímulos à reflexão sobre a própria existência e à busca por estilos de vida mais saudáveis^(1,8). No entanto, essas práticas raramente são propostas em uma resposta à necessidade de inclusão da R/E nos itinerários de saúde, mas refletem incertezas e dificuldades que advêm de uma abordagem que não se faz de modo balizado por protocolos ou estratégias consolidadas na literatura. Além disso, a falta de formação para fundamentar a abordagem do tema aponta a relevância de compartilhar/incluir esses aspectos por outros meios, tendo-se como exemplo o apoio das próprias instituições religiosas.

As relações entre a R/E e a saúde mental estão presentes desde o início da compreensão sobre os transtornos mentais. Ao longo de muito tempo, a noção de loucura já foi referida como algo da ordem do divino. Na Grécia antiga, por exemplo, era por meio do delírio que uma pessoa, considerada privilegiada, poderia acessar as verdades divinas. Com o passar do tempo essa perspectiva foi se alterando e com isso diversas manifestações/expressões espirituais foram associadas a transtornos mentais⁽⁹⁾.

Importa destacar que, a intolerância religiosa e o racismo religioso, sobretudo em relação a religiões de matrizes africanas, têm se destacado como importantes fatores para o sofrimento mental. A demonização de tais religiões tem início no período colonial, no qual, as práticas religiosas do povo negro eram relacionadas a expressões do mal, que deveriam ser

combatidas. Pensamentos como esse perfazem o imaginário social, submetendo os praticantes dessas religiões a violências que possivelmente implicarão consequências à saúde mental dos indivíduos⁽¹⁰⁾. Esses exemplos revelam atravessamentos importantes da R/E no campo do cuidado em saúde mental.

A literatura tem reforçado que a R/E pode ser um importante fator de proteção e fonte de resignificação diante dos processos de saúde-doença-cuidado. No entanto, também pode asseverar estigmas e estereótipos, sobretudo diante de interdições impostas por determinadas religiões quanto a determinados procedimentos de saúde e de comportamentos associados ao fanatismo, que podem interferir nos desfechos em saúde, por exemplo, quando não se recorre a equipamentos formais de cuidado ou a tratamentos com sólidas evidências científicas por motivos de cunho religioso/espiritual. Isso pode reforçar sentimento de culpa, de provação e ações de barganha diante do sofrimento. No entanto, as repercussões positivas da R/E para os desfechos em saúde ocupam maior destaque na literatura científica nacional e internacional⁽¹¹⁻¹³⁾.

No tocante à percepção do usuário em relação à associação da R/E com a saúde mental, uma revisão⁽¹⁾ identificou que tal dimensão tem exercido papel importante na busca de sentido no processo de cuidado de transtorno mental. No entanto, muitos usuários sentem que suas experiências religiosas/espirituais são rejeitadas, incompreendidas ou patologizadas nos equipamentos formais de saúde, o que retoma antigas práticas no campo psiquiátrico. Esses mesmos participantes referem que os serviços de saúde mental nem sempre priorizam espaços ou oportunidades para que os usuários manifestem a sua R/E, o que parece reforçar o medo desses usuários em explorar esse vértice durante os atendimentos com os profissionais de saúde, com receio de serem interpretados como sintomáticos em relação ao transtorno mental⁽¹⁾. Nesse sentido, os espaços populares de saúde, o que inclui os de caráter religioso/espiritual, tendem a promover uma escuta que integra as etnoteorias ao saber formal em saúde, em uma escuta capaz de promover o diálogo entre diferentes inteligibilidades⁽¹⁴⁾.

Frente a esse panorama, pode-se afirmar que, apesar de a R/E ser um dos vértices do cuidado e da promoção de saúde, com sólidas referências descritas na literatura científica, o seu papel diante dos desfechos em saúde mental ainda carece de reflexões, sobretudo no sentido de explorar cenários que não os de saúde, e acessar diversas inteligibilidades sobre essas relações. É válido, portanto, explorar mais detidamente a percepção de pessoas com transtorno mental em relação ao apoio advindo da R/E e dos profissionais de saúde. Essas inteligibilidades apresentam-se de modo integrado ou produzem dissonâncias? Essas redes de apoio mostram-se integradas na experiência do usuário?

Investigar essas questões por meio da audiência à comunidade religiosa também parece ser um incremento importante no sentido de valorizar as etnoteorias, em uma perspectiva decolonial, sem que tais colaboradores sejam submetidos a uma interpretação alinhada exclusivamente ao saber biomédico, historicamente produtor de assimetrias, preconceitos e discriminações em relação ao transtorno mental, apartando a R/E do cenário científico. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção de pessoas com transtorno mental em relação ao apoio social religioso e dos profissionais de saúde.

■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, cujo método foi delineado a partir das diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), com vistas a atender critérios de rigor para a pesquisa. Foi desenvolvido em uma instituição religiosa de um município do interior de São Paulo.

Quanto ao referencial teórico adotado, utilizou-se a teoria do Capital Social proposta por três teóricos canadenses⁽¹⁵⁾. Esses autores preconizam que o capital social seja investigado a partir de uma perspectiva de rede social, concebendo que as redes sociais são, de certo modo, a base do capital social. Essa teoria propõe análises que envolvam tanto aspectos individuais quanto estruturas sociais, formando assim um elo entre ações e limites estruturais. Dentro desta perspectiva, deve-se considerar não apenas as características estruturais de tais redes, mas também os recursos inerentes a elas⁽¹⁵⁾.

A noção de capital social tem três constituintes: recursos embutidos em uma estrutura social, condições de acesso a tais recursos e uso ou mobilização destes pelo indivíduo em situações específicas. Em outras palavras, os estudos baseados nesta teoria poderiam se concentrar em três elementos: os aspectos estruturais (incorporação), oportunidade (condições de acesso) e aspectos orientados para a ação (uso)⁽¹⁵⁾.

Concebe-se, no presente estudo, que o apoio social é um aspecto importante do capital social e compreende

o auxílio proporcionado por qualquer fonte. O conceito de capital social, por sua vez, vai além, incluindo aspectos como disponibilidade, satisfação e condições de acesso. A interlocução de tais aspectos com o contexto do presente estudo é ilustrada na figura 1, que foi elaborada a partir da teoria do Capital Social⁽¹⁵⁾.

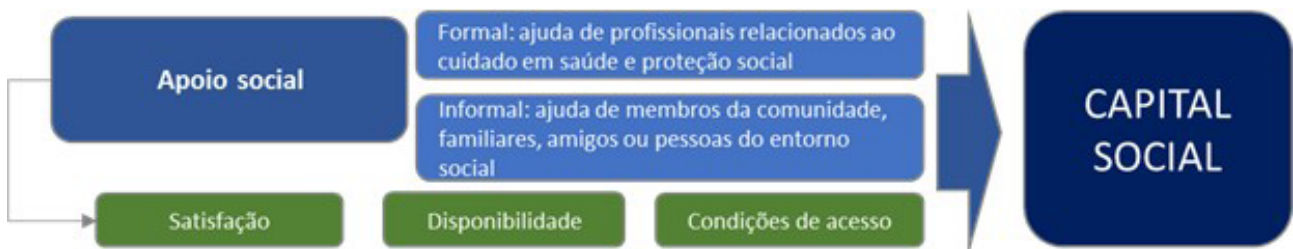
O local de estudo correspondeu a uma instituição religiosa de vertente cristã que conta com aproximadamente três mil membros, sendo 70% deles adultos. Aponta-se que a pesquisadora principal é integrante da instituição há um longo período e em sua vivência percebeu um expressivo número de relatos por parte dos membros da mesma sobre a experiência de ser diagnosticado com transtorno mental e a importância do apoio social religioso para amenizar o sofrimento vivenciado por essas pessoas, o que justifica a escolha do local do presente estudo.

A instituição oferece práticas religiosas coletivas, como cerimônias relacionadas às transições do ciclo de vida como nascimento, casamento e morte, bem como a realização de cultos e reuniões em pequenos grupos que são realizadas nos domicílios dos próprios membros da igreja, com o objetivo de compartilhar uma mensagem de fé para reflexão e oportunizar espaço de escuta sobre as necessidades dos membros, as quais são consideradas no conteúdo da oração ao final da reunião. Tais práticas são destinadas a qualquer público, independente de faixa etária e crença.

A instituição também proporciona, por meio de visita domiciliar agendada previamente, atendimento religioso familiar ou individual aos seus membros que estão em sofrimento mental. Este atendimento, que pode ser solicitado pela pessoa, familiar ou a partir da identificação da necessidade pelos integrantes da instituição, é realizado por um líder religioso e consiste na escuta da pessoa e/ou familiar visando transmitir uma reflexão espiritual sobre o sofrimento vivenciado. Além disso, é ofertada uma oração em conjunto com a pessoa propiciando um apoio singularizado.

Os critérios de elegibilidade para participação no estudo foram: ser adulto com idade entre 19 e 44 anos (segundo a classificação de adultos dos descritores em ciência da saúde)⁽¹⁶⁾, ser membro ou frequentador da referida instituição há, no

Figura 1 – Síntese da interlocução do referencial teórico adotado e sua utilização no estudo. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2023



Fonte: Elaboração dos autores, 2023.

mínimo, três meses e ter algum transtorno mental diagnosticado por um médico (informação autorreferida). O único critério de exclusão foi ter alguma deficiência relacionada às funções auditivas e verbais de modo que inviabilizasse a comunicação verbal. Vale apontar que a presença de sinais e sintomas do transtorno mental não foram considerados critérios de exclusão.

Utilizou-se como estratégia de recrutamento o método de bola de neve⁽¹⁷⁾. Devido à inserção da pesquisadora principal como membro da instituição e seu consequente vínculo com os líderes religiosos, a mesma identificou o primeiro participante do estudo em conformidade com os critérios de inclusão. Cada participante, ao final da entrevista, era convidado a indicar um ou mais membros que acreditavam atender aos referidos critérios. No primeiro contato da pesquisadora com os elegíveis, a mesma confirmava se realmente atendiam aos critérios de inclusão e prosseguia com o convite e as explicações sobre a pesquisa. A coleta de dados foi interrompida a partir da saturação dos dados, ou seja, a partir do momento em que novos conteúdos não foram identificados nas entrevistas⁽¹⁸⁾. A partir dessa estratégia, compuseram a amostra final sete participantes. Houve a recusa de um participante que, apesar de estar ciente sobre a garantia de anonimato no presente estudo, não quis expor sobre o seu sofrimento mental, entretanto, colaborou com o estudo indicando outro membro da instituição para a continuidade da coleta até a saturação dos dados.

Os dados foram coletados pela pesquisadora principal (estudante de graduação em enfermagem) no período de maio a agosto de 2021. O convite aos elegíveis indicados pelos participantes prévios foi realizado por meio de contato telefônico, no qual foi explicado o objetivo da pesquisa e as informações constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando o participante aceitava o convite, a entrevista era agendada em local de preferência do mesmo (em sua residência ou em sala reservada na própria instituição religiosa) e de acordo com a disponibilidade de ambos. O número de agendamentos com cada indivíduo variou de um a três, em virtude da indisponibilidade de tempo de conclusão da entrevista em um único encontro por alguns participantes. As entrevistas tiveram duração média de uma hora cada. Como forma de garantir o anonimato, os participantes foram nomeados pela letra "P" seguida por um algarismo arábico de um a sete, representando a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

O roteiro para a entrevista foi previamente elaborado pelas pesquisadoras e incluiu questões sobre o perfil socio-demográfico (sexo/gênero, idade, ocupação), diagnóstico médico ("Qual/(is) é(são) o(s) diagnóstico(s) recebido(s)?"), tratamento ("Você faz tratamento? Se sim, há quanto tempo? Qual tipo de tratamento realiza, farmacológico, psicoterapia ou ambos? Houve melhora desde o início do tratamento? Se

sim, há quanto tempo depois do início?"), a assistência dos profissionais envolvidos ("Como é a assistência prestada pelos profissionais de saúde envolvidos no tratamento?"), vínculo com a instituição religiosa ("Há quanto tempo frequenta a instituição religiosa?"), o apoio disponibilizado por ela e possíveis efeitos no tratamento ("Como você se sente com o apoio que a instituição religiosa disponibiliza? O apoio que a instituição religiosa disponibiliza contribui no tratamento? Se sim, como?") e diferença entre ambos os apoios ("Qual a diferença entre o apoio disponibilizado pela instituição e pelos profissionais da saúde?"). O roteiro foi testado em três entrevistas-piloto, com pessoas de outra instituição religiosa semelhante, também de vertente cristã, e por meio das quais foram realizados ajustes para o uso com os participantes do presente estudo.

Em termos de reflexividade, importante critério relacionado ao desenvolvimento de pesquisas qualitativas, o fato de uma das pesquisadoras ser integrante da instituição facilitou o processo em termos de direito de entrada e entendimento mais contextualizado do fenômeno. Por outro lado, o mesmo fato pode ter suscitado algum viés de interpretação e, nesse sentido, a participação da orientadora, com *expertise* em saúde mental e externa ao fenômeno e à instituição auxiliou sobremaneira na busca de interpretações que também conferiram às conclusões um certo caráter de imparcialidade.

As entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas e analisadas utilizando o método de análise de conteúdo temático seguindo as etapas propostas por Bardin (2016)⁽¹⁹⁾, a saber, pré análise, exploração do material e tratamento dos dados. Na fase de pré análise realizou-se leituras sucessivas do *corpus* visando a organização do material e o reconhecimento das ideias. Em seguida, na fase de exploração, orientada pelo referencial teórico e objetivo do estudo, foram desmembradas as unidades de registro. Cada unidade recebeu um código (nome curto que ilustrou a ideia proposta no trecho). Elaborou-se então uma lista destes códigos que, em seguida, foram agrupados pelo critério de similaridade em subcategorias e estas, novamente, em categorias. Na fase de tratamento, por meio da inferência dos dados, procedeu-se com a síntese dos resultados culminando no reagrupamento das categorias em três grandes temas: 1) Trajetória de vida e determinantes do sofrimento mental; 2) Transtorno mental e tratamento e 3) A espiritualidade como complementar ao tratamento. Optou-se pela triangulação de analistas⁽²⁰⁾ na qual dois pesquisadores empreenderam a codificação separadamente e estas foram confrontadas pelos dois pesquisadores, a fim de identificar as convergências e especificidades das interpretações. Após discussão, também com o grupo mais amplo de pesquisadores, foram feitos ajustes na lista de códigos e dado prosseguimento ao agrupamento dos mesmos, etapa que foi feita conjuntamente pelos dois analistas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o parecer nº 4.649.273/2021 e nº Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 40977520.5.0000.5393. Foram seguidos todos os preceitos éticos para a pesquisa com seres humanos previstos pela resolução 466/2012, inclusive a assinatura no TCLE.

■ RESULTADOS

Os participantes tinham entre 31 e 41 anos, cinco eram solteiros, cinco mulheres, dessas, três se autodeclararam pretas ou pardas, todos referiram diagnóstico de depressão e cinco deles algum outro transtorno como pânico e ansiedade (Tabela 1).

A narrativa dos participantes revelou um caráter cronológico em relação à percepção dos mesmos sobre o transtorno mental, de modo que a primeira categoria apresenta aspectos relacionados ao período que antecedeu a instalação e/ou diagnóstico do transtorno, a segunda categoria diz respeito à manifestação do transtorno propriamente dito e a busca por tratamento e a terceira categoria enfatiza o papel da espiritualidade como complementar ao tratamento. O Quadro 1 apresenta a árvore de códigos e respectivos temas e categorias.

Trajetória de vida e determinantes do sofrimento mental

Os participantes descreveram aspectos de suas trajetórias de vida que sinalizam importantes fatores de risco

para o desenvolvimento de transtornos mentais, sobretudo episódios de violência e eventos traumáticos na infância:

Fui criada pelos meus avós maternos, tinha um tio, irmão da minha avó, ele gostava muito de mim mas eu era molestada por ele (P6).

Eu era a pessoa que ele [pai] mais agredia verbalmente, fisicamente, ele me batia, dava soco, me espancava, ele era muito agressivo (P3).

Tais circunstâncias foram demarcadas por sentimentos negativos e dificuldades em aceitar ajuda, como descrito pelos participantes:

...eu me sentia assim, que eu não era amada, que eu não era importante, que eu não ia fazer falta para ninguém (P3).

Pela minha rejeição em aceitar ajuda eu fiquei em um quadro muito complicado, muito grave mesmo de depressão (P5).

Experiências que propiciaram o acúmulo de decepções e perdas ao longo da vida foram relatadas como possíveis explicações construídas pelos participantes diante do sofrimento mental:

São muitas coisas que marcaram a minha vida, então aquilo só estava acumulando (P6).

Agente namorou quatro anos, então o término do relacionamento mexeu muito com o meu lado emocional (P4).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas (n=7). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

P*	Idade	Sexo	Cor	Estado civil	Nº filhos	Ensino	Profissão	Mais de um diagnóstico
1	38	F [†]	Preta	Solteira	0	Superior completo	Assistente Social	Não
2	34	F	Parda	Casada	2	Médio completo	Cozinheira	Sim
3	41	F	Branca	Casada	1	Superior incompleto	Dona de casa	Não
4	35	M [‡]	Preto	Solteiro	2	Superior incompleto	Maquinista	Sim
5	31	M	Branco	Solteiro	0	Superior completo	Professor	Sim
6	38	F	Parda	Solteira	3	Médio incompleto	Desempregada	Sim
7	35	F	Branca	Solteira	0	Pós- graduação	Enfermeira Psiquiátrica	Sim

*Participante; [†]Feminino; [‡]Masculino

Transtorno mental e tratamento

A intensidade do sofrimento causado pelo transtorno mental foi descrita considerando os prejuízos percebidos no cotidiano e as relações interpessoais:

[A depressão] foi bem profunda literalmente, eu não saía de casa, eu não saía do quarto, tudo fechado, tudo escuro e acumulando. Eu pegava coisa para comer e acumulava pacote de comida, copo (P4).

Me afastei de todo mundo, não queria ver ninguém, não queria falar com ninguém... Eu não trabalhava, eu não dormia, eu mal cuidava da casa, não cuidava da minha filha nem do meu marido (P3).

Além desses prejuízos, o medo e a ideação suicida também permearam os relatos:

Estava a ponto de explodir e quando me peguei tentando o suicídio (P2).

Desde que eu era pequena eu tinha ideia e ideação suicida (P7).

O afastamento da instituição religiosa foi descrito por alguns participantes como uma das consequências do sofrimento ocasionado pelo transtorno mental e a busca por tratamento como uma das principais opções de cuidado dessa condição:

Eu fiquei dois anos afastada da instituição religiosa, durante dois anos, por conta dessa depressão que foi muito, muito forte (P3).

Eu passei inicialmente pelo psicólogo e depois por um psiquiatra (P5).

Do total de participantes, seis buscaram assistência na rede privada (P1, P2, P3, P4, P5, P7) e um na pública (P6). De acordo com os relatos, tal assistência não foi considerada satisfatória pela maioria dos participantes:

Não gostei do jeito que fui atendida aí eu não procurei mais ninguém... desisti na verdade... se os médicos tivessem mais essa empatia com o paciente... poderiam ajudar de uma forma melhor, mais efetiva eu acredito (P3).

Ele não quis saber se eu já estava bem, ele não quis me ouvir, não perguntou: Mas você já está bem para parar esse medicamento? Não! Só falou que eu tinha que parar e pronto... ele não tinha aquela atenção, aquela preocupação (P2).

Eu acho que os profissionais da saúde poderiam ter mais empatia (P7).

Já os psicotrópicos foram percebidos como uma ajuda importante e eficaz refletindo no controle de sintomas agudos dos transtornos mentais e possibilitando a realização das atividades da vida diária:

Eu acho que precisaria sim da medicação para ajudar nos sintomas que eu estava tendo, porque estava afetando não só a parte emocional mas afetando até nas minhas tarefas do dia a dia (P2).

Eu tenho que tomar remédio, se eu não tomar eu surto, eu enlouqueço, eu faço coisas que no outro dia eu posso estar amarrada na cama de hospital sem saber o que eu fiz (P6).

Apesar disso, os participantes também ressaltaram o quanto é desafiador conviver com os efeitos colaterais e com o estigma associado ao uso das medicações:

Eu comecei a passar muito mal, todos os efeitos colaterais que você lê na bula (P7).

É muito ruim, os pés esfriam, o coração acelera e parece que vai faltar seu fôlego, a sensação é que você vai morrer [... antes eu fazia tratamento certinho depois eu comecei a não fazer...] porque eu ouvi muito que quem tomava esses remédios era louco, que eu era louca (P6).

A espiritualidade como complementar ao tratamento

A ideia de Deus como um importante apoiador permeou a fala dos participantes. Também enfatizaram o papel da instituição religiosa como mediadora dessa relação, em um movimento de aproximação e de conexão:

Eu já tinha contato com Deus..., eu tenho certeza foi isso que me deixou de pé (P1).

Eu não sabia como me chegar a Deus... então a instituição religiosa foi a ponte (P4).

Sensações como preenchimento do vazio, de não estar sozinho e de alívio foram reportados como efeitos promovidos pela instituição religiosa:

Conforme eu fui participando mais das reuniões, fui me envolvendo mais, foi meio que libertador, foi preenchendo as lacunas, o vazio (P4).

Eles me ligavam, eles vinham aqui em casa, eles não desistiram de mim, então para mim foi muito, muito importante (P3).

[Após a prática religiosa] minha vida parece que é outra, eu não tenho problema, eu não penso em problema (P6).

Quadro 1 – Árvore de códigos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

Temas	Categorias	Subcategorias	Códigos		
1) Trajetória de vida e determinantes do sofrimento mental	Histórico de vida	Momentos marcantes na infância	Dificuldades na infância		
			Responsabilidades na infância		
			Tentativa e/ou violência sexual na infância		
		Sentimentos pré-diagnóstico	Não ser prioridade		
			Solidão, vazio		
			Dificuldade em receber ajuda		
			Dificuldade em se abrir		
		Problemas vivenciados antes do diagnóstico	Problemas e decepções familiares		
			Morte, ameaças e perdas		
			Maus-tratos no trabalho		
			Histórico de depressão		
			Acúmulo de decepções		
			Separações		
		2) Transtorno mental e tratamento	Sofrimento mental	Transtorno mental	Transtorno mental
				Manifestações dos transtornos mentais	Manifestações do transtorno
					Afastamento da instituição religiosa ou das atividades religiosas
					Ideações ou tentativas de suicídio
Papel da assistência do profissional da saúde	Assistência profissional de saúde		Assistência profissional		
			Busca de ajuda		
	Frustração com a assistência do profissional da saúde		Frustração com a assistência		
			Medo de se frustrar		
			Falta empatia na assistência		
Tratamento medicamentoso	Tratamento farmacológico		Os medicamentos		
			Os efeitos colaterais		
	Estigma	Estigma			

Quadro 1 – Cont.

Temas	Categorias	Subcategorias	Códigos
3) A espiritualidade como complementar ao tratamento	O papel da instituição religiosa	O papel da fé	O papel da fé
		Apoio religioso	Alívio e respostas
			A instituição religiosa e as práticas religiosas
			Sensação de confiança
			Acolhimento da instituição religiosa
			Efeito do apoio religioso
			Diferentes instituições religiosas
	Apoio em conjunto	Outros apoios	Apoio dos amigos
			Apoio familiar
		Acolhimento da assistência profissional e instituição religiosa	Acolhimento do profissional e da instituição religiosa
			O papel da medicina e da instituição religiosa
		Propostas para profissionais da saúde e instituição religiosa	Parceria profissionais e instituição religiosa
			Conhecimento sobre religião
	Reflexões	Processo de recuperação	Retorno às atividades religiosas
			Dificuldade no retorno
		Aprendizado	Aprendizado
Exemplo de superação			

De um modo geral, a instituição religiosa foi percebida como um importante complemento do tratamento, sendo a ela atribuído, principalmente, o papel de acolhimento afetivo:

Foi uma ajuda dos dois lados, tanto do médico, com a conversa e com a medicação e a ajuda da instituição religiosa porque é aquele amor, aquele acolhimento que a gente precisa no momento. ...Na parte mental, na parte física, a medicação ajudou a não sentir aquelas coisas que eu estava sentindo, aquele pânico, aqueles sintomas. Mas aquela sensação boa de acolhimento, de abraço, de carinho, foi a instituição religiosa que me ajudou (P2).

Acho que foi conjunto, a ajuda da instituição religiosa com a do profissional sabe acho que foi fundamental para mim (P4).

Quando esse acolhimento por parte da instituição religiosa não ocorre conforme a expectativa dos participantes, nota-se certa frustração e sentimento de abandono:

Houve certa negligência da parte deles em relação a saber da minha situação, da gravidade da situação, houveram pessoas que fizeram uma única visita em dois anos e não voltaram mais, pessoas da

liderança... que eram meus líderes diretos na hierarquia da instituição (P5).

Os participantes sugerem que haja um diálogo entre as duas instâncias, uma vez que se ambos estão fazendo parte do cuidado e na percepção deles seria importante que os profissionais entendessem o papel da instituição religiosa e vice-versa:

Acho que deveriam ter algumas reuniões dos profissionais da área, como psicólogo e psiquiatra, com alguns membros da instituição religiosa. Acho que deveria ter essa parceria, algumas pautas e trocas de informações (P4).

Se os profissionais da saúde têm um pouco desse entendimento da área religiosa, um pouquinho mais do que o superficial, do que o básico, eu creio que isso pode ajudar e fazer com que eles entendam de uma forma muito melhor alguns quadros clínicos, algumas pessoas e consigam encaixar uma resposta, uma medicação ou uma orientação certa (P5).

■ DISCUSSÃO

Apesar de a amostra ter se constituído de maneira heterogênea em relação aos aspectos sociodemográficos, é importante destacar que três das cinco mulheres que participaram da pesquisa se autodeclararam pretas ou pardas. Sabe-se que o fator raça/cor como marcador social da diferença impõe à tal população iniquidades em saúde consideráveis em comparação à população branca⁽²¹⁾. Pensando a interseccionalidade, mulheres negras são perpassadas não só pelos fatores de vulnerabilidade comuns às mulheres, como sobrecarga de papéis sociais, discriminação de gênero e exposição às violências (física, psicológica, patrimonial, sexual), mas também pelos diferentes tipos de racismo (estrutural, institucional, religioso, cultural, ambiental), que impõe a essas mulheres ainda mais enfrentamentos e dificuldades em seu cotidiano e nas condições de vida e saúde^(22,23). Em relação aos transtornos mentais, historicamente, a população negra foi submetida à exclusão, isolamento e marginalização, sendo a população mais vitimizada pela manicomialização⁽²⁴⁾. Nesse sentido, tem-se discutido o conceito de aquilombamento da saúde mental, o qual entende a Reforma Psiquiátrica em uma perspectiva decolonial, não separando as lutas antirracistas da luta antimanicomial⁽²⁴⁾. Depreende-se ser de extrema importância a consideração do quesito raça/cor tanto no cuidado em saúde mental por parte dos profissionais de saúde quanto como critério de identificação em pesquisas científicas, uma vez que o racismo é um fator determinante de sofrimento mental.

Em relação aos fatores de risco reportados pelos participantes, os achados corroboram a literatura que versa sobre o

desenvolvimento de transtornos mentais⁽²⁵⁻²⁷⁾, destacando-se entre os eventos traumáticos as decepções e perdas, como o término de relacionamentos, e mortes de pessoas que, por vezes, exerciam importante papel, culminando na (in) disponibilidade de recursos de apoio social informal, que pode ser considerado um importante fator relacionado à disponibilidade do capital social.

Vale destacar que o item disponibilidade é essencial para o cuidado por parte dos profissionais, pois estar disponível determina muitas vezes o tempo dispendido com a pessoa e, conseqüentemente, um aprofundamento nas suas questões de vida, desenvolvimento de vínculo e afeto, algo que os participantes da presente pesquisa mencionaram como um fator importante. Deve-se respeitar, no entanto, as limitações dos contextos de cuidado, que devido à organização podem limitar a disponibilidade. Além disso, especificamente em relação às teorias de enfermagem, a disponibilidade é uma das medidas essenciais para a construção de uma relação terapêutica⁽²⁸⁾.

Foram mencionados também episódios de violência física, psicológica e sexual, ainda na infância ou adolescência. Metade de todos os transtornos mentais vivenciados na fase adulta têm origem na adolescência, uma fase crucial, haja vista que inúmeras experiências adversas têm início nesse período e se prolongam até a fase adulta, quando assumem caráter crônico, relação evidenciada na literatura internacional^(29,30).

Os participantes referiram solidão, vazio e sensação de não ser importante como sentimentos que experimentavam ainda antes do diagnóstico do transtorno mental, conforme apontado em estudo prévio sobre o tema⁽³¹⁾. A resistência em aceitar ajuda, que pode estar relacionada tanto à dificuldade de mobilização da rede de apoio (condições de acesso) quanto à satisfação com o apoio percebido em experiências anteriores, permeou a fala dos participantes do presente estudo, corroborando pesquisa na qual os usuários, apesar de reconhecerem a importância de recorrer à assistência, referiram a preferência por tentar encontrar a resolução individualmente, sem ajuda de pessoas ou de religião, haja vista que se sentiam enfraquecidos e sem autonomia diante da percepção de que precisavam de auxílio⁽³¹⁾.

Houve referência aos prejuízos no cotidiano, nas relações interpessoais, medo e risco de suicídio, confirmando as conseqüências psicossociais descritas na literatura em relação aos transtornos mentais^(25,26). Em relação ao suicídio, estudo realizado com pessoas em tratamento em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Paraná, identificou que fatores como baixo nível de escolaridade, gênero feminino, a não adesão ao tratamento e pior percepção de qualidade de vida foram associados ao histórico de tentativa de suicídio⁽³²⁾. Em estudo de revisão foi verificado um risco dezesseis vezes maior de suicídio em pessoas com transtornos mentais em comparação a pessoas saudáveis, além disso, identificou relação entre as tentativas de suicídio e os diferentes tipos

de transtornos, como de personalidade, ansiedade e depressão⁽³³⁾. Entende-se que os profissionais devem ficar atentos aos fatores já identificados na literatura, com vistas a trabalhar a prevenção dos casos nos atendimentos realizados.

O afastamento da instituição religiosa foi mencionado como uma consequência do sofrimento ocasionado pelo transtorno mental, o que pode indicar, por um lado, alguma dificuldade de pedir ajuda, conforme referido anteriormente, e por outro, pode-se aventar que tal atitude, sobretudo no início da instalação de sintomas, seja uma forma de não revelar a vulnerabilidade nesse contexto social. Esse tipo de comportamento sugere atitude de fuga ou evitação, relacionado não somente aos sintomas, mas também ao contexto social, familiar e cultural, que pode tornar a busca por apoio desafiadora, perpassando tanto pelo quesito condições de acesso quanto pelo de disponibilidade e satisfação com o apoio social disponível, conforme apontado em estudo realizado com outra população⁽³⁴⁾.

Este fato pode estar relacionado ao medo da pessoa com transtorno mental sofrer discriminação devido ao estigma, uma vez que sua condição pode ser interpretada, em alguns contextos religiosos, como sinal de fraqueza, falta de fé ou provação. Embora nenhum desses fatores tenham sido referidos pelos participantes da presente pesquisa, em estudo desenvolvido pelo Centro de Pesquisa Psiquiátrico do Paquistão, os autores mencionam sobre o papel ambíguo da R/E, que tanto se configura como apoio ao tratamento quanto pode se caracterizar como reforçador do estigma ao atribuir uma causa religiosa à etiologia dos transtornos, sendo tal fato relacionado ao contexto cultural e social em que o indivíduo se encontra⁽³⁵⁾.

Estudos nacionais e internacionais enfatizam o estigma como uma importante barreira na adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto em relação ao compartilhamento pelo indivíduo da sua condição de saúde mental com seus pares, uma vez que as políticas de confinamento, exclusão e segregação, historicamente impostas às pessoas com transtorno mental, reverberam na sociedade por meio do medo, preconceito e desinformação, que baseiam o estigma de tal condição^(36,37).

No presente estudo, o principal mecanismo para o cuidado dos participantes frente às manifestações de sofrimento foi a busca por tratamento médico e medicamentoso. Em relação à terapêutica medicamentosa, estudos apontam que se configura um processo dinâmico, que transpassa significados, escolhas, esperança e sofrimento, por isso, a percepção dos usuários em relação ao uso dos psicofármacos se caracteriza como uma experiência complexa, pois, ao mesmo tempo em que auxilia na remissão dos sintomas, pode causar efeitos colaterais que interferem em vários aspectos de suas vidas, inclusive ao estigma sofrido, especialmente se os efeitos colaterais representam um problema no local de trabalho^(37,38).

No que concerne ao tratamento médico, os participantes relataram, de um modo geral, baixa satisfação, contrapondo-se aos resultados de um estudo desenvolvido com usuários de diferentes CAPS de uma região de Minas Gerais⁽³⁹⁾. Esse fato destaca a importância da realização de estudos a partir de diferentes locais, pois os participantes podem não se sentir à vontade de reportar sua insatisfação com o serviço que sedia o estudo, mesmo diante de todas as garantias éticas e de anonimato. Considerando a satisfação como um dos aspectos do conceito de capital social, essa baixa satisfação com o tratamento médico se contrapõe à maior satisfação com o apoio religioso que foi relatado pelo reconhecimento do acolhimento e do afeto recebido. Entende-se que, para os participantes desta pesquisa, os fatores relacionais e a empatia foram essenciais para a percepção de satisfação com o apoio tanto formal como informal.

A busca pela assistência privada, no presente estudo, remete ao perfil da amostra que em sua maioria já possuía tal assistência. Cabe salientar que não foi questionado aos participantes se anteriormente eles procuraram assistência no sistema público de saúde, como os CAPS, por exemplo. Destaca-se que o CAPS é um serviço de base territorial e comunitária, de livre demanda, que objetiva o atendimento da população com problemas de saúde mental a partir do incentivo da autonomia, rompendo com a lógica manicomial de cuidado^(6,7). Apesar do potencial, tais serviços enfrentam dificuldades em relação aos processos de trabalho, ao aporte de recursos financeiros recebidos e em relação à infraestrutura para os atendimentos, resultando em grande parcela da população sem cobertura de atendimento⁽⁴⁰⁾. Assim, destaca-se a necessidade de expansão da rede de atenção psicossocial, com ênfase na atenção primária, a fim de garantir o acesso efetivo da população que dela necessita.

Os participantes referiram a espiritualidade como complementar ao tratamento, corroborando pesquisas prévias que apontam que a instituição religiosa é um local no qual as crenças, a fé e a espiritualidade são exercidas, sendo que o cuidado, ao instilar esperança, se torna um meio de mudar suas vidas e, conseqüentemente, seu quadro de saúde^(11,12). No contexto dos transtornos mentais, as estratégias de cuidado apoiadas na R/E visam oferecer ao sujeito uma possibilidade de conexão com o sagrado e com o transcendente. Isso pode permitir a resignificação da doença, recuperando o sentido da vida e do investimento no cuidado de si e do outro^(11,12).

A despeito de todos esses aspectos positivos, um dos participantes referiu não ter tido uma experiência positiva em relação às expectativas que nutria sobre a instituição religiosa no tocante à sua condição de saúde mental. Neste caso, é possível que o participante não tenha se sentido acolhido como os demais por não ter recebido a atenção que esperava, ou mesmo tenha se sentido estigmatizado. O cuidado espiritual é baseado na relação interpessoal, no

acompanhamento próximo, na escuta sensível, no diálogo, no vínculo e no acolhimento afetivo⁽⁴⁾, práticas que podem não ter sido proporcionadas pelos membros da referida instituição ou foram operacionalizadas de modo que tal participante não as percebeu como acessíveis, tendo em vista sua menção da visita recebida pelos líderes da instituição, propiciando a oportunidade da oferta do apoio social (condições de acesso).

Embora percebidas como complementares, na percepção dos participantes, estes diferentes tipos de apoio não se apresentaram de modo integrado. Isso revela um conflito que permeia as relações entre os sistemas de saúde formais e os populares ou, ainda, entre ciência e R/E, sugerindo que essas redes de apoio podem referir inteligibilidades distintas acerca do problema de saúde mental, mas, em uma perspectiva de integralidade, deveriam corporificar um cuidado humanizado voltado a um sujeito já fragmentado pelo processo de sofrimento^(11,14). Desse modo, o presente estudo proporciona uma sinalização no sentido de que ambos os pontos de apoio poderiam buscar ampliar os seus papéis, de modo a que se integrem tanto como fontes de apoio tangível quanto emocional, pois isso tornaria a ajuda mais efetiva e contribuiria para transcender a lógica dicotomizada do modelo biomédico.

Em relação às limitações do estudo, a utilização de apenas uma técnica de coleta de dados impossibilitou a triangulação dos resultados. Recomenda-se, para estudos futuros, incluir também os discursos de líderes religiosos e mesmo de familiares pertencentes à mesma instituição, permitindo a audiência de diferentes pontos de referência em relação à condição de saúde mental. Ainda, destaca-se a possibilidade de viés de interpretação decorrente do fato de a pesquisadora principal ser integrante da instituição religiosa na qual o estudo foi realizado. Embora essa escolha tenha possibilitado amplo acesso aos participantes, bem como proporcionado sensibilidade na escuta aos marcadores religiosos-espirituais, também pode promover, como efeito, a deseabilidade social, o que, no presente estudo, pode ter influenciado nas referências eminentemente positivas à religião diante do sofrimento mental. Este ponto foi explicitado enquanto principal fator de reflexividade.

Outra limitação importante que merece ser pontuada é que além do presente estudo ter sido desenvolvido em uma instituição de religião específica com vertente cristã, os participantes, em sua maioria, acessaram o tratamento relacionado ao transtorno mental em rede privada. Assim, recomenda-se, para estudos futuros, a inclusão de outras vertentes religiosas, bem como a diversificação dos serviços de saúde, contemplando-se a rede pública.

A despeito disso, a principal contribuição do presente estudo consiste em proporcionar a reflexão sobre o quanto as pessoas, mesmo vinculadas a uma instituição religiosa, ainda têm a perspectiva biomédica como hegemônica frente

aos problemas de saúde mental. Além disso, os achados ilustram que a R/E pode atuar tanto como reforçadora de estigma quanto contribuir ou ser complementar ao tratamento, exatamente por promover apoio por meio de escuta e afeto. Nesse sentido, uma recomendação importante, que corrobora com as políticas públicas norteadoras dos serviços de saúde mental, consiste na efetivação do acolhimento mais afetivo, que transcenda os aspectos unicamente técnicos e abarque a questão da R/E, bem como, explore e considere o capital social dos usuários. Por fim, o estudo convida a área da saúde a investir mais, tanto na formação que considere a importância da R/E na assistência quanto na articulação intersectorial e inclusiva, considerando as lideranças comunitárias, dentre elas, as religiosas.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção das pessoas com transtornos mentais, a religião ocupou um papel mais subjetivo e fluido de apoio, permeado pela lógica do acolhimento e do afeto, o que ilustra a satisfação com o apoio social informal, bem como a disponibilidade deste recurso entre os membros da instituição. Já os profissionais de saúde representaram um cuidado mais objetivo e tangível para a redução das manifestações e consequências do transtorno mental, tendo como ênfase a busca pelo tratamento médico e medicamentoso. Em linhas gerais, o objetivo do tratamento medicamentoso poderia aqui ser traduzido como a eliminação dos sintomas, enquanto do apoio religioso, a superação da experiência de sofrimento. Nesse sentido, destaca-se a intersecção entre os dois tipos de apoio como um aspecto para a ampliação dos cuidados em saúde mental.

■ REFERÊNCIAS

1. Milner K, Crawford P, Edgley A, Duke LH, Slade M. The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29(34):1-10. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000234>
2. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.
3. Cunha VF, Rossato L, Scorsolini-Comin F. Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: tensões e potencialidades no campo da saúde. *Relegens Thréskeia.* 2021;10(1):143-70. <https://doi.org/10.5380/rt.v10i1.79730>
4. Oliveira CP, Calixto AM, Disconzi MV, Pinho LB, Camatta MW. Spiritual care performed in a drug user clinic. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(spe):e20190121. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190121>
5. Cunha VF, Pillon SC, Zafar S, Wagstaff C, Scorsolini-Comin F. Brazilian nurses' concept of religion, religiosity, and spirituality: a qualitative descriptive study. *J Nurs Health Sci.* 2020;22(4):1161-8. <https://doi.org/10.1111/nhs.12788>
6. Silva JA Filho, Silva HE, Oliveira JL, Silva CF, Torres GM, Pinto AG. Religiosity and spirituality in mental health: nurses' training, knowledge and practices. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20200345. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0345>

7. Presidência da República (BR). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília, DF, 2001 [cited 2024 Mar 4]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm
8. Timmins F, Connolly M, Palmisano S, Burgos D, Juárez LM, Gusman A, et al. Providing spiritual care to in-hospital patients during covid-19: a preliminary European fact-finding Study. *J Relig Health*. 2022;61(3):2212–32. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01553-1>
9. Silveira LC, Braga VA. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(4):591–5. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>
10. Marinho PM. Intolerância religiosa, racismo epistêmico e as marcas da opressão cultural, intelectual e social. *Soc Estado*. 2022;37(2):489–510. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202237020005>
11. Martins DA, Coêlho PDL, Becker SG, Ferreira AA, Oliveira MLC, Monteiro LB. Religiosity and mental health as aspects of comprehensiveness in care. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20201011. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1011>
12. Rossato L, Ullán AM, Scorsolini-Comin F. Religious and spiritual practices used by children and adolescents to cope with cancer. *J Relig Health*. 2021;60(6):4184–5. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01256-z>
13. Oxhandler HK, Narendorf SC, Moffatt KM. Religion and spirituality among young adults with severe mental illness. *Spiritual Clin Pract*. 2018;5(3):188–200. <https://doi.org/10.1037/scp0000164>
14. Rocha MB, Severo AKS, Félix-Silva AV. O Cuidado em Saúde Promovido pelas Religiões Afro-Brasileiras. *Psicol Cienc Prof*. 2023;43:e222817. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222817>
15. Lin N, Cook K, Burt RS. Social capital theory and research. Aldine Transaction: New Jersey; 2008.
16. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). DeCS/MeSH: Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings [Internet]. 2024 ed. São Paulo (SP): BIREME/PAHO/WHO; 2024 [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=331>
17. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas*. 2014;22(44):203–20. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
18. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228–33. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70; 2016.
20. Amankwaa L. Creating protocols for trustworthiness in qualitative research. *J Cult Divers* [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 4];23(3):121–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29694754/>
21. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares JO. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(10):3861–70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.08212022>
22. Mekawi Y, Carter S, Brown B, Andino AM, Fani N, Michopoulos V, et al. Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder among black women: does racial discrimination matter? *J Trauma Dissociation*. 2020;22(2):154–169. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869098>
23. Crear-Perry J, Correa-de-Araujo R, Lewis Johnson T, McLemore MR, Neilson E, Wallace M. Social and structural determinants of health inequities in maternal health. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(2):230–5. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8882>
24. David EC, Vicentin MCG. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Debate*. 2020;44(spe3):264–77. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322>
25. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Transtornos mentais [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde. 2019 [cited 2022 Nov 14]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>
26. Baptista MN, Zanon C, Lima LVB, Rampasso LC. Depressão: fatores de proteção e de risco em pacientes atendidos pelo CAPS. *Rev Psicol Argumento*. 2019;36(91):31–48. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.36.91.A003>
27. Silva JS, Leite HDCS, Fernandes MA, Nogueira LT, Avelino FVSD, Rocha SS. Os determinantes sociais do sofrimento mental infantil. *Rev Enferm Foco* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 14];11(1). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2671>
28. Ribeiro MILC, Pedrão LJ. Relacionamento interpessoal em enfermagem: considerações sobre formação/atuação no nível médio de enfermagem. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2001;11(21):99–102. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2001000200011>
29. Pilkington PD, Bishop A, Younan R. Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. 2021;28(3):569–84. <https://doi.org/10.1002/cpp.2533>
30. Lipsky RK, McDonald CC, Souders MC, Carpio CC, Teitelman AM. Adverse childhood experiences, the serotonergic system, and depressive and anxiety disorders in adulthood: a systematic literature review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;134:104495. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.018>
31. Costa SB, Santos TP, Aoyama EA. A expansão do transtorno depressivo nos dias atuais. *Rev Bras Interdiscip Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 14]. Available from: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/72>
32. Borba LO, Ferreira ACZ, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA, Maftum GJ. Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 14];24(1). Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remef/article/view/49966>
33. Sutar R, Kumar A, Yadav V. Suicide and prevalence of mental disorders: a systematic review and meta-analysis of world data on case-control psychological autopsy studies. *Psychiatr Res*. 2023;329:115492. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115492>
34. Reis LB, Paula KMP. Coping materno da Síndrome de Down: identificando estressores e estratégias de enfrentamento. *Estud psicol (Campinas)*. 2018;35(1):77–88. <https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100008>
35. Javed A, Lee C, Zakaria H, Buenaventura RD, Cetkovich-Bakmas M, Duailibi K, et al. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatr*. 2021;58:102601. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102601>
36. Flores D. A importância dos profissionais de saúde na desinstitucionalização do estigma dos sujeitos com transtornos mentais. *Rev Portug Enferm Saúde Mental*. 2020;(23):41–6. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0271>
37. Barlati S, Morena D, Nibbio G, Cacciani P, Corsini P, Mosca A, et al. Internalized stigma among people with schizophrenia: Relationship with socio-demographic, clinical and medication-related features. *Schizophr Res*. 2022;243:364–371. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.007>
38. Brauer R, Alfageh B, Blais JE, Chan EW, Chui CSL, Hayes JF, et al. Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008–19: a longitudinal study. *Lancet Psychiatr*. 2021;8(12):1071–82. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00292-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00292-3)
39. Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(11):3799–810. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>
40. Bossato HR, Loyola CMD, Oliveira RMP de. Challenges of nursing care in psychosocial rehabilitation: a study from the constructionist perspective. *Rev Bras Enferm*. 2021;74:e20200408. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0408>

■ Agradecimentos

Este artigo é resultado do Projeto “O papel do apoio social religioso no tratamento dos transtornos mentais”, contemplado pelo Edital Programa Unificado de Bolsas 2021/2022 da Universidade de São Paulo com vigência de 01/09/2021 a 31/08/2022.

■ Contribuição de autoria

Conceituação – Patrícia de Jesus Fernandes, Jacqueline de Souza.

Curadoria de dados – Patrícia de Jesus Fernandes, Débora Vieira Belchior, Jacqueline de Souza.

Análise formal – Patrícia de Jesus Fernandes, Janaína Cristina Pasquini de Almeida, Jacqueline de Souza.

Aquisição de financiamento – Jacqueline de Souza.

Investigação – Patrícia de Jesus Fernandes, Débora Vieira Belchior, Jacqueline de Souza.

Metodologia – Fabio Scorsolini-Comin, Janaína Cristina Pasquini de Almeida, Jacqueline de Souza.

Administração de projeto – Jacqueline de Souza.

Recursos – Jacqueline de Souza.

Supervisão – Jacqueline de Souza.

Visualização – Janaína Cristina Pasquini de Almeida, Jaqueline Lemos de Oliveira, Jacqueline de Souza.

Escrita – rascunho original – Patrícia de Jesus Fernandes, Janaína Cristina Pasquini de Almeida, Jacqueline de Souza.

Escrita – revisão e edição – Fabio Scorsolini-Comin, Janaína Cristina Pasquini de Almeida, Jaqueline Lemos de Oliveira, Jacqueline de Souza.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Jaqueline Lemos de Oliveira

E-mail: jaquelemos@usp.br

Recebido: 04.10.2023

Aprovado: 27.04.2024

Editor associado:

Gabriella de Andrade Boska

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

