

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Larric Johnny Malacarne

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL EM UMA
PERIFERIA DE CONTAGEM-MG: um estudo interseccional no Distrito Sanitário de
Vargem das Flores**

Belo Horizonte

2025

Larric Johnny Malacarne

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL EM UMA
PERIFERIA DE CONTAGEM-MG: um estudo interseccional no Distrito Sanitário de
Vargem das Flores**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Elis Mina Seraya Borde

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Menezes Amaral

Belo Horizonte

2025

M236i Malacarne, Larric Johnny.
Itinerários terapêuticos de usuários da saúde mental em uma periferia de Contagem-MG [recurso eletrônico]: um estudo interseccional no Distrito Sanitário de Vargem das Flores. / Larric Johnny Malacarne. - - Belo Horizonte: 2025.
257f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Elis Mina Seraya Borde.
Coorientador (a): Carlos Eduardo Menezes Amaral.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde Mental. 2. Itinerário Terapêutico. 3. Determinação Social da Saúde. 4. Enquadramento Interseccional. 5. Dissertação Acadêmica. I. Borde, Elis Mina Seraya. II. Amaral, Carlos Eduardo Menezes. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 101

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO

LARRIC JOHNNY MALACARNE

Às 14:00 horas do dia dez de novembro de 2025, na sala 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, realizou-se a sessão pública para a defesa da Dissertação de **LARRIC JOHNNY MALACARNE**, registro **2023700382**, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA. A presidência da sessão coube a Profa. Elis Mina Seraya Borde - Orientadora (UFMG). Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída pelos Professores Doutores: Prof. Carlos Eduardo Menezes Amaral –Coorientador - (UFMG), Prof. Renato Diniz Silveira (PUC- Minas), Profa. Alzira de Oliveira Jorge (UFMG), Profa. Mônica de Oliveira Nunes (UFBA). Em seguida, o candidato fez a apresentação do trabalho que constitui sua Dissertação , intitulada **"ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL EM UMA PERIFERIA DE CONTAGEM-MG: um estudo interseccional no Distrito Sanitário de Vargem das Flores"**. Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar APROVADO a Dissertação de Mestrado. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, e aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 10 de novembro de 2025

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Eduardo Menezes Amaral, Professor do Magistério Superior**, em 11/11/2025, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Chefe de departamento**, em 11/11/2025, às 19:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elis Mina Seraya Borde, Professora do Magistério Superior**, em 12/11/2025, às 07:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renato Diniz Silveira, Usuário Externo**, em 14/11/2025, às 17:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté, Usuária Externa**, em 11/12/2025, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4719414** e o código CRC **3E605B74**.

Aos usuários do SUS, pelos quais todo esforço se justifica. A todos os pacientes que encontrei em meu percurso pelas redes, pelas trocas e afetações mútuas. Ao campo da Saúde Pública que, acima de tudo, tem sido minha grande escola.

AGRADECIMENTOS

A feitura de um trabalho tem por detrás de si bastidores que frequentemente não aparecem em seu produto. Ciente de que não se faz nada sozinho, ao agradecer, reconheço a importância de diferentes pessoas na própria execução deste trabalho, demonstrando minha sincera gratidão.

Aos meus pais, Lauri e Adelina, agradeço pelo apoio persistente e quase silencioso, relembro-me com frequência dos meus sonhos e do quanto eu vim de longe para realizá-los. Aos meus irmãos, Lauri Junior e Larrianny, agradeço a compreensão e parceria antigas, esse tipo de compreensão que se têm pelo olhar, como velhos companheiros de embarcação.

Agradeço à Jamile Santos, minha esposa e companheira, grande amiga e parceira, com quem venho dividindo a vida. Em meio à vida, dividimos também a vivência na pós-graduação, com todas as suas dores e suas delícias. Agradeço, acima de tudo, pelo suporte nos momentos em que mais precisei e por não ter deixado eu desistir de algo tão caro para mim quanto o ingresso na pós-graduação.

Aos meus orientadores, Elis Mina Seraya Borde e Carlos Eduardo Menezes Amaral, agradeço pela aposta continuada que fizeram em mim, me relançando em movimento todas as vezes em que fiquei inseguro.

Preciso agradecer imensamente a Laura Castro, Carolina Menicucci Grossi, Alessandra Mendes de Oliveira, Jubert Goulart e Patrícia Chompre, gestores dedicados do SUS Contagem, pelo apoio em minha empreitada de buscar a formação continuada e empreender uma pesquisa no próprio município, possibilitando a um trabalhador o acesso à universidade.

Agradeço aos participantes desta pesquisa, que abriram suas portas pra mim e confiaram, ainda que o mundo e suas experiências de vida lhes dessem todos os motivos para desconfiar.

Sou imensamente grato a muitos amigos e amigas que estiveram ao meu lado de diferentes formas, em momentos cruciais, sempre trazendo lampejos de motivação.

Sem vocês este trabalho não existiria!

RESUMO

No Brasil, a saúde é tida como um direito constitucional de todo cidadão. Entretanto, historicamente um panorama nacional de profundas desigualdades sociais vem colocando desafio para o Sistema Único de Saúde na efetivação desse direito. Tomando-se mais especificamente o campo da Saúde Mental, frequentemente verifica-se que a cidadania da pessoa acometida por sofrimento mental não está garantida. Em meio a este contexto, este trabalho, elaborado no formato de dissertação de Mestrado, objetivou compreender os itinerários terapêuticos de pessoas que tenham apresentado intenso sofrimento psíquico e estavam em acompanhamento psicossocial na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores, território periférico marcado por extrema vulnerabilidade social no município de Contagem-MG. Trata-se de pesquisa qualitativa fundamentada na metodologia dos itinerários terapêuticos, amplamente utilizada na Saúde Coletiva para apreender as trajetórias de cuidado. A partir dessa abordagem, busca-se compreender o universo subjetivo dos usuários da rede de saúde mental no território, identificando percursos, barreiras e estratégias mobilizadas na busca por atenção, bem como os sentidos atribuídos às experiências de adoecimento e cuidado. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas narrativas com dez participantes adultos, majoritariamente mulheres negras de baixa renda e escolaridade, cujos relatos foram analisados por meio da Análise Temática Reflexiva. Contribuições da teoria social crítica da interseccionalidade e da perspectiva da determinação social do adoecimento demonstraram importância significativa na abordagem da realidade estudada. Os resultados revelaram como racismo, machismo, pobreza e estigma associado ao adoecimento psíquico se interseccionam e participam desde a produção do sofrimento em si quanto no percurso pela busca de cuidados. Identificou-se que os usuários, longe de serem agentes passivos, desenvolvem estratégias complexas de navegação entre redes formais e informais de cuidado, com destaque para papel importante da fé, religiosidade e saberes tradicionais como mecanismos adicionais e complementares de cuidados. A análise evidenciou significativas barreiras de acesso aos serviços especializados, um cuidado em saúde mental na atenção básica excessivamente centrado na figura do médico e grande rotatividade de profissionais como fatores que comprometem a integralidade da assistência. Conclui-se que a compreensão desses itinerários à luz da interseccionalidade e determinação social do adoecimento é fundamental para a qualificação das práticas em saúde mental, apontando para a necessidade de políticas públicas que confrontem as desigualdades estruturais que permeiam o processo saúde-doença-cuidado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Itinerários Terapêuticos; Determinação Social; Interseccionalidade.

ABSTRACT

In Brazil, health is recognized as a constitutional right of every citizen. However, the country's historical context of profound social inequalities has posed persistent challenges for the Unified Health System (SUS) in ensuring this right in practice. In the field of Mental Health in particular, the citizenship of individuals experiencing psychological distress is often not fully guaranteed. Within this context, this Master's thesis aimed to understand the therapeutic itineraries of people who have experienced intense psychological distress and were undergoing psychosocial follow-up in primary care of the Vargem das Flores Health District - a peripheral area of Contagem, Minas Gerais, marked by severe social vulnerability. This qualitative study employed the methodology of therapeutic itineraries, widely used in Collective Health to examine trajectories of care. The approach sought to grasp the subjective universe of mental health service users in the territory, identifying pathways, barriers, and strategies mobilized in their search for care, as well as the meanings attributed to experiences of illness and healing. Data were produced through narrative interviews with ten adult participants, predominantly low-income Black women with limited formal education. The material was analyzed through Reflexive Thematic Analysis, drawing on the critical social theory of intersectionality and the perspective of the social determination of health. These frameworks were fundamental for interpreting the studied reality. The results reveal how racism, sexism, poverty, and stigma associated with mental illness intersect to shape both the production of suffering and the trajectories of care-seeking. Far from being passive recipients, participants develop complex navigation strategies across formal and informal care networks, highlighting the crucial role of faith, religiosity, and traditional knowledge as complementary therapeutic resources. The analysis also points to major barriers to accessing specialized services, excessive medicalization within primary care, and high staff turnover as key factors that undermine the continuity and comprehensiveness of care. It concludes that understanding these itineraries through the lenses of intersectionality and the social determination of health is essential to improving mental health practices and advancing public policies capable of confronting the structural inequalities that permeate the health-illness-care process.

Keywords: Mental Health; Therapeutic Itineraries; Social Determination; Intersectionality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distritos Sanitários de Contagem x Zonas de Vulnerabilidade Social	30
Figura 2. Itinerário Terapêutico de Manoel Ramos (lapso de 30 anos)	74
Figura 3. Itinerário Terapêutico de Rita (lapso de 20 anos)	77
Figura 4. Itinerário Terapêutico de Cármen (lapso de 26 anos hematologia 3 anos psiquiatria)	80
Figura 5. Itinerário Terapêutico de Helenice (lapso de 03 anos)	83
Figura 6. Itinerário Terapêutico de Fagner (lapso de 22 anos)	86
Figura 7. Itinerário Terapêutico de Isabela (lapso de 6 anos)	89
Figura 8. Itinerário Terapêutico de Rúbia (lapso de 10 anos)	93
Figura 9. Itinerário Terapêutico de Cláudio (lapso de 30 anos)	97
Figura 10. Itinerário Terapêutico de Keren (lapso de 50 anos)	99
Figura 11. Itinerário Terapêutico de Antônio Carlos (lapso de 30 anos)	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quadro de participantes x perfil sociodemográfico

70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
BPC - Benefício da Prestação Continuada
CERSAM - Centro de Referência a Saúde Mental
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS - Centro de Referência em Assistência Social
DDH - Diretoria de Desenvolvimento Humano
GAF - Escala de Avaliação Global de Funcionamento
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
MG - Minas Gerais
MS-SC - Medicina Social e Saúde Coletiva
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
ONG - Organização Não-Governamental
OMS - Organização Mundial da Saúde
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	p. 14
2 MARCO TEÓRICO	p. 19
2.1 Estudos sobre Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental	p. 19
2.2 O território de Vargem das Flores	p. 28
2.3 O conceito de território e algumas definições	p. 31
2.4 Desigualdades e Iniquidades em Saúde	p. 35
2.5 Determinação Social dos processos saúde-doença	p. 38
2.6 A dimensão sociopolítica do sofrimento psíquico	p.41
2.7 Interseccionalidade: teoria social crítica	p. 44
2.8 Definições de adoecimento psíquico	p. 48
2.9 O lugar da atenção básica	p. 51
3 OBJETIVOS	p. 53
3.1 Objetivo Geral	p.53
3.2 Objetivos Específicos	p. 53
4 PERCURSOS METODOLÓGICOS	p. 53
4.1 Procedimentos de pesquisa	p. 56
4.2 Instrumentos para coleta de dados	p. 61
4.3 Amostragem	p. 63
4.4 Metodologia de análise dos dados	p. 65
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	p. 68
5.1 Participantes do estudo: perfil sociodemográfico	p. 68
5.2 Entre nós: encontro com os participantes e seu caminhar pela rede	p. 72
<i>5.2.1 Manuel Ramos</i>	p.73
<i>5.2.2 Rita</i>	p. 76
<i>5.2.3 Cármen</i>	p. 78
<i>5.2.4 Helenice</i>	p. 81
<i>5.2.5 Fagner</i>	p. 84
<i>5.2.6 Isabela</i>	p. 87
<i>5.2.7 Rúbia</i>	p.91
<i>5.2.8 Cláudio</i>	p. 94

5.2.9 Keren.....	p. 97
5.2.10 Antônio Carlos.....	p. 100
5.2.11 Amarrações: itinerários, biografias, pontos de enlace e desenlace entre o singular e o coletivo	p. 102
5.3 A concretude da experiência de adoecimento psíquico.....	p. 106
5.3.1 Infâncias vulnerabilizadas.....	p. 107
5.3.2 Família: transgeracionalidade, suporte e rejeição.....	p. 113
5.3.3 Pancadas da vida: violência, trauma, dor e sofrimento	p. 118
5.3.4 Entre o sucesso e o sofrimento: o trabalho como espelho social e agente de adoecimento.....	p.125
5.3.5 Em nome próprio: vivências, interpretações e sentidos.....	p. 132
5.4 Uso das redes formais e informais de cuidado: autonomia e invenções na busca por alívio do sofrimento.....	p.139
5.4.1 Autonomia enquanto principal elemento do itinerário de cuidados.....	p. 140
5.4.2 Entrada em tratamento: rupturas, crises, pontes e suportes.....	p. 147
5.4.3 Invenções: pontos dados pelos sujeitos na costura das redes de cuidado.....	p.154
5.4.4 Invenções: Fé e religião na busca pelo alívio do sofrimento.....	p. 157
5.4.5 Invenções: Sabedoria popular e ancestral como experiência de cuidar de si.....	p. 162
5.5 Acessibilidade aos serviços de saúde mental do território.....	p. 167
5.6 Estigma e vulnerabilização desde uma perspectiva interseccional.....	p. 176
5.6.1 Raça, classe e gênero: sofrimento psíquico e itinerário de cuidados.....	p. 177
5.6.2 Loucura e estigma em meio à teia de opressões.....	p. 186
5.6.3 Uma Lei que não se aplica: Estado e criminalidade como regulação do social...p.	194
5.6.4 Agenciamento e dignidade como estratégias de sobrevivência.....	p. 200
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p. 202
REFERÊNCIAS.....	p. 206
APÊNDICE A.....	p. 215
APÊNDICE B.....	p. 237
APÊNDICE C.....	p.239
APÊNDICE D.....	p. 240
ANEXO I – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	p.250

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a saúde é um direito de todo cidadão e isto está contido nos pressupostos da própria cidadania. Sabe-se, contudo, que nem sempre foi assim. Historicamente o acesso à saúde no Brasil foi determinado pela classe social a qual os sujeitos pertenciam¹. A saúde como um direito de todos e dever do Estado configura uma verdadeira vitória obtida por meio de toda uma organização e luta do movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira.

Resultado fundamental da Reforma Sanitária foi a inclusão, na Constituição Federal de 1988, de dispositivos legais que pouco depois permitiram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao se tomar em exame a letra da lei, encontra-se, bem delimitada no Art. 196., a noção de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, o que deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao *acesso universal e igualitário* às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” [destaque nosso] (Brasil, Constituição de 1988).

Neste sentido, em uma nação cuja história colonial foi produtora de grandes desigualdades sociais, a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito e a noção de saúde como um direito parecem conter o embrião de uma organização social mais equânime. Para Barata (2009, p. 20), “há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis”. Entretanto, em um país de extensão continental e ainda hoje marcado por profundas desigualdades sociais, como se dá a garantia do acesso a esse direito? Tal questão torna-se fértil quando sustentada.

Barreto (2017, p. 2098) destaca que as desigualdades sociais, com frequência, são transferidas para a saúde, “tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde”. É preciso considerar que diferenças de gênero, raça, classe e origem geográfica apresentam efeitos reais na vida das pessoas, na medida em que são atuadas por relações de poder e afetam o acesso e a posse dos bens, dos serviços e da riqueza, fruto do trabalho coletivo dos sujeitos e acumulada ao longo de gerações (Barreto, 2017).

¹ Um interessante histórico sobre a criação do SUS pode ser encontrado em Baptista T.W.F (2007). História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Moura AL. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p.29-51.

Historicamente o Sistema Único de Saúde brasileiro tem sido submetido ao desafio de lidar com um quadro de profundas desigualdades sociais, atualizado e agravado em territórios extremamente vulneráveis. Para Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p. s224), “a temática das desigualdades em saúde, marcada pela iniquidade das políticas econômicas e sociais, impõe uma tomada de posição tanto epistemológica quanto política”. No debate teórico da Saúde Coletiva no Brasil, salientam que “tornou-se consenso afirmar que a superação das desigualdades em saúde requer a formulação de políticas públicas equânimes. Isso corresponde ao reconhecimento da saúde como direito e à priorização das necessidades como categoria essencial para as formas de justiça” (Vieira-da-Silva & Almeida Filho, 2009, p. s223).

Deve-se salientar, portanto, o êxito da Reforma Sanitária nas lutas que levaram à criação do SUS, uma vez que se propôs um sistema de saúde que avança no sentido da justiça mesmo estando em meio a uma sociedade injusta. Um exemplo interessante de estratégia elaborada pelo Ministério da Saúde para fazer frente aos desafios que emergem quando a complexidade do território brasileiro é levada a sério são as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), que realizam o trabalho de cuidado em saúde de populações ribeirinhas da Amazônia Legal e do Pantanal por meio de embarcações providas com equipe, ambiência, equipamentos e recursos necessários ao trabalho. Trata-se de uma ação que busca responder às especificidades dessas regiões, garantindo o acesso à saúde para pessoas que de outra forma não conseguiriam justamente por residirem em área cujo acesso se dá por meio fluvial (Ministério da Saúde, 2017).

A existência de barreiras geográficas e econômicas, bem como aquelas resultantes de uma territorialização insuficiente e da organização dos serviços de saúde no território, é uma realidade em muitas regiões do Brasil. Esse cenário também parece se manifestar no Distrito Sanitário de Vargem das Flores², território do município de Contagem-MG cujas especificidades serão discutidas adiante. A consideração pelas relações simbólicas e de poder nas quais as pessoas estão inseridas, assim como suas condições concretas de vida está na base de uma concepção de saúde mais abrangente, que rompe com o modelo biologicista tradicional.

Birmam (2005) recorda que a concepção de Saúde Coletiva se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber das ciências médicas, postulando que a

² A Secretaria Municipal de Saúde de Contagem é considerada nesta pesquisa como instituição co-participante. Entende-se por instituição co-participante a organização pública (ou privada), legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve. No caso desta pesquisa, “Vargem das Flores” é um dos Distritos Sanitários do Município de Contagem e foi o campo onde a pesquisa se desenvolveu. (Contagem, 2023)

problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina quando tende a considerar o corpo de uma perspectiva que o aproxima tão somente de uma máquina anátomofuncional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos. O autor chama a atenção para o necessário reconhecimento do caráter simbólico do corpo, das relações do sujeito com o este corpo, com os outros sujeitos, com as coisas, com as diversas instituições e com as práticas sociais, que são também mediadas pela linguagem e pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e lingüística (Birman, 2005).

Se cada vez mais as discussões teóricas no campo chamam a atenção para as interações entre as condições sociais em que vivem as pessoas e os efeitos delas na saúde dos grupos, tomando-se mais especificamente o campo da saúde mental percebe-se que existe uma interação ainda mais direta, fazendo da prática em saúde mental um trabalho extremamente sensível às condições concretas de vida dos sujeitos.

Apesar de hoje parecer contraintuitivo, sofrimento psíquico e cidadania nem sempre andaram juntos. Foi somente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que somou forças com a Reforma Sanitária Brasileira, e produziu a construção de uma forma de cuidado em saúde mental que opera a reivindicação da cidadania e da humanidade da pessoa em intenso sofrimento psíquico, assim como a promoção da sua inserção no laço social (Amarante, 1997, Amarante, 2008, Pitta, 2016). Em verdade, além de ser uma conquista histórica, a cidadania da pessoa em sofrimento mental é uma busca diária dos profissionais que atuam com este público (Tykanori, 2016).

Paulo Amarante (2008, p. 19) define a “Saúde Mental” como um campo polissêmico e plural, pois aborda o estado mental dos sujeitos e das coletividades, ou seja, é uma área que se insere em meio a condições altamente complexas, composta por diferentes profissões e áreas do saber aplicado à saúde, de modo que “qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social”. A ideia acima referida está contida na opção pelo uso do termo “Atenção Psicossocial” na Política Nacional de Saúde Mental, ela própria elaborada como resultado dos esforços da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e transformada em ato normativo somente em 2001, por meio da lei 10.216 (Brasil, 2001).

A questão anteriormente levantada sobre como se dá a garantia do acesso ao direito “saúde” em um país marcado por desigualdades e de grandes extensões territoriais torna-se ainda mais intrigante ao se levar em consideração mais alguns aspectos envolvidos no objeto da presente

pesquisa. Assim, a pergunta pode ser desdobrada em outra extremamente pertinente: se a saúde no Brasil é um direito do cidadão, como as pessoas em sofrimento psíquico podem fazer valer este direito uma vez que sua cidadania ainda não está garantida e, frequentemente, é vilipendiada?

A fragilidade em que repousa a cidadania da pessoa em sofrimento mental muito provavelmente está associada aos significados que ao longo da história foram sendo atribuídos à figura do “louco”, para utilizar o termo no sentido foucaultiano, como aquele a quem a sociedade historicamente veio a destinar um lugar marginal. Estigma, preconceito, medo, tentativas de controle e isolamento em instituições totais fazem parte da história da loucura (Foucault, 2007).

A partir deste contexto, a interseccionalidade emerge como teoria social crítica capaz de agregar as múltiplas e simultâneas formas de discriminação e opressão que produzem efeitos sobre as subjetividades e definem as formas como o sofrimento é vivenciado (Collins, 2022). Segundo Hankivsky (2014), a interseccionalidade fundamenta um paradigma capaz de compreender os seres humanos como moldados pelas interações de diferentes marcadores de diferença, tais como raça/etnia, gênero, classe, origem geográfica, funcionalidade / disfuncionalidade, dentre outros. A abordagem da interseccionalidade não privilegia nenhum tipo de opressão à priori, pois considera que estas interações ocorrem no contexto de um emaranhado de relações de poder e privilégio moldadas pelo colonialismo, imperialismo, racismo, classicismo, homofobia, etc., bem como a partir das experiências dos próprios sujeitos nestas estruturas.

Este estudo encontra sua origem em meio a questões tão angustiantes quanto férteis e provocadoras de trabalho. As primeiras inquietações que foram dando corpo à pesquisa surgiram a partir dos desafios encontrados na prática em saúde mental no território de Vargem das Flores, zona de grande vulnerabilidade no município de Contagem-MG. Adoecimento psíquico, pobreza, grandes níveis de vulnerabilidade social, longas distâncias geográficas e dificuldades no acesso aos serviços de saúde participam das especificidades que compõem este território. Desigualdades sociais e o próprio estigma associado à loucura estão presentes e se atualizam no cotidiano da prática em saúde, reforçando a importância da consideração por estas chaves de leitura. Entretanto, a presente pesquisa se interessa, sobretudo, pelos arranjos, ações e sentidos que os usuários de saúde mental deste território vão elaborando na construção do seu cuidado.

Dessa forma, elaborada a partir de uma perspectiva interseccional, a presente pesquisa se insere no campo dos estudos dos itinerários terapêuticos, contribuição oriunda das Ciências Sociais aplicadas à Saúde que “[...] tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os

indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento” (Rabelo, Alves & Souza, 1999, p. 125).

Pesquisas sobre itinerários terapêuticos vem ganhando espaço e, segundo Alves (2016, p. 131), “o itinerário terapêutico (IT) é um dos conceitos centrais nos estudos sócio-antropológicos da saúde”. A escolha da abordagem dos itinerários terapêuticos justifica-se por sua capacidade de levar em consideração, para além da rede formal de assistência disponível, a dimensão dos sujeitos que realizam escolhas e produzem invenções singulares e coletivas na busca pelo alívio de seus sofrimentos, com base em seus universos simbólicos.

Para Castellanos, Cordeiro, Mota & Trad (2016, p. 402) “os itinerários terapêuticos dos sujeitos investigados refletem a combinação de dimensões simbólicas (representações, significados), recursos disponíveis e as experiências concretas de interação com a rede de cuidados e assistência, incluindo as barreiras de acessibilidade”. Assim, uma triangulação conceitual entre a experiência de adoecimento, os itinerários terapêuticos e a acessibilidade aos serviços de saúde pode colaborar para a análise deste último conceito (Castellanos et al, 2016).

Para Moreira, Bosi e Soares (2016, p. 225), o sofrimento psíquico faz parte da existência do sujeito e pensar em itinerários terapêuticos no modelo de atenção psicossocial “implica o entrelaçamento dos serviços de saúde com a vida social nos espaços do território, apontando a importância da descoberta e consideração dos diversos arranjos e estratégias na busca de atendimento em saúde mental”.

Para isso, a presente pesquisa privilegia as narrativas elaboradas pelos usuários de saúde mental do território de Vargem das Flores. Considera-se que os seres humanos pensam, percebem, imaginam e fazem escolhas de acordo com estruturas narrativas, uma vez que o pensamento de tipo narrativo é empregado na maior parte das situações da vida, pois recorremos a histórias para organizar o fluxo caótico de elementos constituintes da nossa experiência social, histórica e cultural, conforme colocado por Moreira, Bosi e Soares (2016).

Dessa forma, o chamado feito por Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) para uma tomada de posição tanto epistemológica quanto política frente a temática das desigualdades em saúde é atualizado por Moreira, Bosi & Soares (2016, p. 226), que dizem: “E se a palavra do ‘louco’ sempre nos remeteu ao lugar de exclusão, do que está fora, da não pertença, da não-razão (ou des-razão), não sendo, pois, ouvida, ou sendo destituída de legitimidade”, o que se quer é “caminhar na

contramão, em linha com a construção de sujeitos ativos, políticos, fundamentais ao exercício da Reforma Psiquiátrica”.

Neste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo analisar os itinerários terapêuticos de pessoas com histórico de sofrimento psíquico e que estivessem em acompanhamento em saúde mental na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores, município de Contagem-MG, buscando compreender melhor o processo saúde-doença a partir da interseccionalidade. Situada em meio a processos sociais complexos e multifacetados, a escolha pelos itinerários terapêuticos e pela perspectiva interseccional apresentaram-se pertinentes por sua potência em se aproximar das questões que movem esta pesquisa.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Estudos sobre Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental

Segundo Rabelo, Alves e Souza (1999) os estudos sobre os itinerários terapêuticos têm sua origem atrelada à contribuições da antropologia da saúde e podem ser definidos como um conjunto de planos, estratégias e os diferentes atos que se sucedem e se sobrepõem voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No entanto, os autores ressaltam que esse itinerário não é necessariamente predefinido, emergindo da interpretação retrospectiva das experiências pelo indivíduo, buscando sentido e coerência em ações passadas. Dessa forma, o itinerário terapêutico envolve tanto as ações em si quanto a narrativa construída sobre elas.

Para Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade e Cherchiglia (2011), a antropologia aplicada à saúde no Brasil se distingue da antropologia médica por ter se desenvolvido de forma autônoma em relação à medicina, estabelecendo laços com outras áreas das ciências sociais em saúde, como a sociologia e as ciências políticas, o que a configura primariamente como antropologia social. Em revisão sistemática de literatura realizada sobre o tema, os autores afirmam que investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes no Brasil e destacam a falta de descritores que façam referência direta a este tema, o que pode trazer desafios na localização desse tipo de estudo (Cabral *et. al*, 2011).

A abordagem dos itinerários terapêuticos em si traz complexidade para as pesquisas sobre a assistência em saúde, pois reinsere a dimensão do sujeito na investigação, sujeito este que faz interpretações sobre o adoecimento que lhe acomete e diante dessas interpretações faz escolhas

para aliviar seu sofrimento. Neste sentido, é importante ressaltar que os itinerários terapêuticos levam em consideração ampla gama de dimensões sociais às quais os sujeitos recorrem para obterem ajuda, de modo que o sistema de saúde formal é apenas uma dentre outras dimensões. Assim, mesmo em um cenário imaginado onde tivéssemos atingido uma situação na qual as redes de saúde apresentassem pleno funcionamento, os sujeitos ainda continuariam livres para fazerem ou não uso dessas redes.

Isto está de acordo com a ressalva feita por Gerhardt (2006, p. 2461): “a diversidade e a pluralidade de fatores que estão presentes na saúde e na doença são ainda portadores de múltiplos sentidos: pluralidade de condutas, pluralidade de terapeutas, pluralidade de etiologias (causas), pluralidade de percepções e de visões de mundo”. Segundo Rabelo, Alves e Souza (1999), os antropólogos passaram a sugerir distintas classificações de sistemas terapêuticos na tentativa de ordenar as diferentes interpretações sobre doenças e processos de tratamento entre as várias alternativas disponíveis em uma dada sociedade. A título de ilustração, convém citar o sistema proposto por Kleinman (1978; 1980, como citado por Rabelo, Alves e Souza, 1999), autor que foi pioneiro nos estudos sobre os itinerários terapêuticos:

Para este autor, a maioria dos sistemas de cuidados com a saúde contém três arenas (ou subsistemas) sociais dentro das quais a enfermidade é vivenciada: profissional, folk e popular. A arena profissional é constituída pela medicina científica, 'ocidental' (cosmopolita), pelas profissões paramédicas reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados (chinês, ayurvédico, unâni etc.). O setor folk é composto pelos especialistas 'não oficiais' da cura, como curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros. O popular, por sua vez, compreende o campo leigo, não especializado da sociedade (automedicação, conselho de amigo, vizinho, assistência mútua etc.). É justamente nesta última arena que a maior parte das questões ligadas à interpretação, tratamento, cuidados com a doença são inicialmente resolvidas. (Rabelo, Alves e Souza, 1999, p. 128-129)

Tendo em vista a importância de compreender como os estudos sobre os itinerários terapêuticos têm sido utilizados no campo da Saúde Mental nos últimos anos, realizou-se uma busca pelos termos “Itinerários Terapêuticos” e “Saúde Mental” na plataforma BVS Saúde utilizando o limite temporal para trabalhos publicados entre 2020-2025. De imediato, a página retornou 27 resultados. Entretanto, a análise mais detalhada dos resultados por meio da leitura dos títulos e dos resumos revelou que muitos dos resultados listados estavam duplicados ou os trabalhos fugiam do tema de interesse (ex: não versavam sobre o tema dos itinerários terapêuticos, não investigavam itinerários terapêuticos em si, ou sequer eram do campo da saúde mental). Desse modo, feita a exclusão dos trabalhos conforme critério acima descrito, chegou-se ao número de 13 artigos científicos e 01 dissertação de mestrado. Vale ressaltar que dentre os resultados obtidos

apenas um dos artigos foi elaborado em contexto internacional, sendo todos os outros estudos brasileiros. Em seguida, o mesmo procedimento foi repetido na plataforma Scielo (introdução dos termos “Itinerários Terapêuticos” e “Saúde Mental”, filtro para trabalhos dos anos 2020-2025). Interessante destacar que a plataforma Scielo retornou apenas 06 resultados gerais e todos estes já haviam sido separados e catalogados através da busca anterior na plataforma BVS Saúde.

Os estudos sobre itinerários terapêuticos parecem estar mobilizando o trabalho de alguns grupos de pesquisa pelo país, com destaque para alguns autores que estão presentes em diversas publicações encontradas: Pereira (2020), Pereira et. al (2020), Vieira e Pegoraro (2020), Rodovalho e Pegoraro (2020), Franco e Pegoraro (2023), Bandeira e Onocko-Campos (2021), Silva, Treichel e Onocko-Campos (2025). Ainda, percebe-se uma maior concentração de trabalhos publicados entre os anos 2020 e 2021, com 03 e 07 trabalhos publicados, respectivamente. Em seguida, percorre-se brevemente cada um dos trabalhos, seus objetivos e resultados mais relevantes ao trabalho que aqui se executa.

Pereira (2020), com o rigor próprio ao esperado para uma dissertação de mestrado, apresenta uma pesquisa que objetivou analisar os itinerários terapêuticos das pessoas em situação de rua com transtornos mentais. Chama a atenção a escolha do recorte populacional do estudo: “pessoas em situação de rua” e “com transtornos mentais”, apontando para a vivência de múltiplos processos de exclusão e opressão. A inserção em campo foi progressiva, ocorrendo inicialmente por meio de um projeto de extensão realizado junto às equipes do Consultório na Rua na cidade de Porto Alegre, utilizando enquanto instrumento entrevistas narrativas realizadas com o total de 08 sujeitos. Os resultados do estudo apontam para itinerários terapêuticos amplos, diversificados e dinâmicos. Destaca-se um apagamento da rede formal de atenção (assistência social, saúde, justiça e segurança), com predominância de ações assistencialistas, de controle e medicalizantes. Salienta-se que o campo da religião e espiritualidade demonstrou o potencial transformador de cuidado, compondo parte dos itinerários através de crenças religiosas, evidenciando as igrejas, sobretudo a evangélica, e as figuras de Deus e de Exu como suportes significativos.

Em trabalho subsequente, Pereira *et al.* (2021) focalizam o potencial da técnica da entrevista narrativa na construção de itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais. À partir de um relato de experiência vivida durante a pesquisa que resultou na

dissertação de mestrado³ acima descrita, é interessante acompanhar o relato feito por Pereira *et al.* (2021) acerca dos ajustes metodológicos que foram sendo feitos ao longo da pesquisa como forma de superar impasses e desafios no acesso à essa população. Segundo os autores, a entrevista narrativa se apresentou como ferramenta metodológica potente na construção dos itinerários terapêuticos, contextualizando as opções na busca pelo cuidado na perspectiva dos próprios participantes, com foco central na construção de sentidos por parte de quem vivencia determinada realidade.

Dois trabalhos encontrados são frutos de um estudo de maior amplitude acerca dos itinerários terapêuticos em saúde mental em determinada cidade do triângulo mineiro e estabelecem entre si uma relação de complementaridade (Vieira & Pegoraro, 2020; Rodovalho & Pegoraro, 2020). Participaram da pesquisa 10 familiares de pacientes que possuíam histórico de ao menos uma internação psiquiátrica e estavam em acompanhamento em um CAPS II no momento da pesquisa e deste trabalho originaram-se duas publicações em formato de artigo. Ambos os trabalhos são claros ao descrever que a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com estes familiares, formulário de dados sociodemográficos e informações colhidas em prontuário dos pacientes, que foram analisados por meio da metodologia proposta pela Teoria Fundamentada em Dados (Grounded Theory).

No primeiro, Vieira e Pegoraro (2020) objetivaram, a partir da investigação dos itinerários terapêuticos, identificar as explicações dadas pelo familiar a respeito do sofrimento psíquico da pessoa usuária dos serviços de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Interessante destacar que a maioria dos familiares que desempenhavam o papel de cuidadores dos usuários do CAPS era do sexo feminino. As explicações dadas pelos familiares envolvem um olhar múltiplo, que incorpora diferentes causas e motivos, aproximando-se da ideia de integralidade em saúde, estando, entre elas, explicações alicerçadas em alterações: espirituais, orgânicas, devido ao histórico familiar, eventos de vida marcantes, diagnóstico médico, entre outras.

Por sua vez, considerando o estudo dos itinerários terapêuticos dos usuários, Rodovalho e Pegoraro (2020) escolhem abordar outra faceta possibilitada pela metodologia e amostra acima descritas, objetivando investigar a avaliação de familiares de pessoas em situação de sofrimento

³ Pereira, L. P. (2020). *NO MUNDO DA RUA: itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/217874>

psíquico grave sobre o próprio CAPS onde estava sendo conduzido o tratamento. A pesquisa revelou satisfação com o cuidado ofertado, proximidade da equipe e valorização do tratamento medicamentoso pelas famílias por ser visto como capaz de eliminar comportamentos indesejáveis. No entanto, o estudo também destacou a fragilidade da rede de apoio a estes familiares, a invisibilidade do CAPS na rede de atenção e a necessidade de maior divulgação do serviço entre os diferentes setores.

Bandeira e Onocko-Campos (2021) elaboram um trabalho muito interessante que objetivou analisar os itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III de Campinas-SP, buscando identificar os fatores que levaram a esse abandono e analisar as percepções dos usuários sobre os serviços e tratamentos propostos. De abordagem qualitativa, o desenho dos itinerários terapêuticos foi elaborado a partir do conteúdo de entrevistas abertas com oito usuários. No âmbito da Atenção Básica, os resultados apontaram certa estabilidade nas consultas e medicações e manutenção do vínculo, porém com base em procedimentos médico-centrados e relatos dos usuários de negligência quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos e fragmentação entre a saúde mental e a saúde orgânica. Quanto aos CAPS, o principal aspecto a chamar a atenção é o rompimento de vínculo e a descontinuidade da assistência, de modo que o abandono do cuidado ocorreu principalmente após a estabilização da crise aguda e o encaminhamento para a Atenção Básica, fatores incrementados por problemas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e por falhas na articulação da rede.

Soccol *et al.* (2021) realizam um trabalho que visou compreender a percepção de usuários de drogas acerca do itinerário terapêutico e da assistência à saúde na Rede de Atenção Psicossocial. Para isso, em abordagem qualitativa, entrevistaram 14 usuários de álcool e outras drogas que estavam sendo assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de um município do Rio Grande do Sul. O relato dos participantes foi analisado por meio de análise temática, que evidenciou que estes fazem uma verdadeira peregrinação na rede de saúde em busca de acolhimento e que a assistência à saúde está pautada em um modelo manicomial, centrado na medicalização em alguns serviços. Estigma e preconceito participam da constituição de barreiras de acesso. Destacam-se dificuldades na assistência ofertada pelos serviços de âmbito territorial, com pouco acolhimento e lógicas medicalizantes, o que contribui para que esses usuários peregrinem pela rede por dificuldades de encontrar acolhimento nos demais serviços.

Rodrigues, Chamouton, Nakamura e Souza (2021) apresentam valiosa reflexão sobre o processo de adoecimento mental e recuperação relacionado ao trabalho. Segundo os autores, mesmo diante do expressivo aumento dos casos de adoecimento mental e das evidências de relação com as condições e formas de organização do trabalho, raramente as situações laborais são consideradas nas avaliações dos serviços de saúde. O estudo apresentado por eles parte de abordagem qualitativa e foi realizado por meio de entrevista semidirigida com uma trabalhadora e construção do itinerário terapêutico da mesma visando compreender seu processo de adoecimento mental, a relação com o trabalho e o percurso de reabilitação. A trajetória apresentada ilustra uma história única, sensível, complexa e que expressa a vida social, permitindo um olhar para a dimensão do todo, da organização - micro e macrossocial - e da vida na sociedade capitalista. Há um destaque para a rede pública de saúde que, nesta história individual, conseguiu identificar e intervir na associação entre o adoecimento e as condições de trabalho, fazendo valer o princípio da integralidade, revelando que a articulação em rede, o estabelecimento de vínculo e a busca pelo protagonismo do usuário são essenciais na atenção à saúde mental relacionada ao trabalho.

O estudo de Acirole e Silva (2021) vale-se também de uma abordagem qualitativa e foi realizado à partir de entrevistas do tipo relato de vida com nove pessoas residentes em duas comunidades quilombolas do interior do Estado de Pernambuco. Enquanto objetivo, buscou analisar as concepções sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno mental nestas comunidades. O trabalho elabora uma discussão rica, atual e interessante. Os resultados evidenciaram que os sujeitos de pesquisa compreendem e referenciam o sistema formal de cuidado em saúde mental, entretanto, enquanto primeira escolha verificou-se itinerários de cuidado dentro do próprio território permeados por laços afetivos e de solidariedade. As autoras fazem a ressalva de que em parte isso decorre da falta de assistência das políticas públicas formais em contextos rurais, contudo, salientam um movimento próprio dos entrevistados de buscarem ofertas terapêuticas menos pautadas em ações mecânicas e desconectadas de sua realidade.

Moraes e Zambenedetti (2021) utilizam aportes fundamentados na esquizoanálise de Deleuze e Guattari para cartografar os itinerários terapêuticos de 04 pessoas com sofrimento psíquico e histórico de internação psiquiátrica devido a tentativas de suicídio em um município de médio porte do Paraná. No momento da pesquisa, os sujeitos encontravam-se em acompanhamento psicossocial em uma Unidade Básica de Saúde por uma profissional de psicologia. A discussão

elaborada pelos autores evidencia tensões entre distintos modelos de atenção em saúde (manicomial x de base comunitária), assim como tensões entre a proposição de políticas públicas e seus modos de operacionalização cotidiana, de modo que apontam a necessidade de maior investimento na operacionalização de tecnologias relacionais para potencializar lógicas de cuidado de base comunitária e territorializadas.

Entre os trabalhos encontrados, apenas o de Allande (2021) aborda um contexto externo ao brasileiro. O estudo relata um trabalho etnográfico realizado com mulheres mexicanas imigrantes indocumentadas acompanhando seus itinerários terapêuticos nos EUA. O trabalho se concentra nos estudos de caso de duas mulheres que desenvolveram episódios depressivos devido a várias formas de violência sofridas. A perspectiva etnográfica da pesquisa utiliza os sentidos e significados dados pelas próprias participantes para descrever a comunicação e o encontro entre médico e paciente; expectativas em relação aos serviços de saúde mental e modelos explicativos de depressão fornecidos tanto pelas pacientes quanto pelos médicos assistentes. Neste sentido, a depressão foi abordada como um processo de saúde/doença/cuidado que, embora inclua uma dimensão biológica, à partir das histórias e perspectivas das mulheres acompanhadas, precisa ter suas dimensões social, econômica, cultural e de poder devidamente consideradas.

Santos e Kind (2022) analisaram itinerários terapêuticos de usuários do Sistema Único de Saúde da cidade de Belo Horizonte que tentaram suicídio. Foi realizada uma análise de conteúdo das entrevistas feitas com dez usuários que tentaram suicídio e seis referências técnicas da rede de saúde (Centros de Saúde, CERSAMs). Os resultados apontaram a presença de solidão e desamparo nos usuários; indicaram acolhimento adequado realizado pelos profissionais de saúde; mas ressaltaram a não identificação dos usuários com os serviços de saúde mental para os quais foram encaminhados. Destaca-se que o estigma associado à loucura aparece na fala dos próprios usuários e frequentemente isto coloca obstáculos na aderência aos serviços de saúde mental. Neste sentido, no trabalho de Santos e Kind (2022) os usuários assinalaram o não seguimento do cuidado na atenção primária e mostraram que os caminhos terapêuticos ultrapassaram as práticas biomédicas, com a busca por cursos, atividades de interesse (leitura, música, esporte, estudos), ajuda de amigos e familiares e a inserção em comunidades religiosas configurando suporte e apoio social para o indivíduo e agindo como fatores protetivos em relação ao suicídio.

Franco e Pegoraro (2023) apresentam um artigo que buscou compreender, a partir do itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico e egressas de internação psiquiátrica, a

inserção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamento de cuidado em suas trajetórias. De caráter qualitativo, o estudo é elaborado a partir de entrevistas com seis pessoas, de 27 a 52 anos, em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial em um município no interior de Minas Gerais. Interessante achado destaca que os serviços de atenção primária não aparecem como ponto de cuidado à saúde mental e a internação psiquiátrica foi um recurso utilizado mesmo após inserção em CAPS, o qual é destacado mais como local de convívio do que de atenção à crise, produção de autonomia e de desinstitucionalização. No percurso dos usuários que participaram desse estudo, as internações ocorreram em hospitais gerais, hospitais especializados e comunidades terapêuticas.

O estudo dos autores Leitão, Avellar, Martins, Miloti & Fernandes (2025) analisou os itinerários terapêuticos de crianças e adolescentes atendidos pelo serviço de Equipe Multiprofissional em Saúde Mental em um município de interior que não possui o serviço Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij ou CAPSi). Para coleta dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 mães e 02 pais, visando compreender as motivações para as buscas por cuidados, os locais percorridos e as experiências durante esse processo. Os dados foram analisados utilizando o software *IRaMuTeQ* para análise de dados textuais oriundos de pesquisas qualitativas. As escolas prevaleceram como as impulsionadoras da busca por cuidados, enquanto as unidades básicas de saúde atuaram mais como pontos de encaminhamento para especialistas. A alta rotatividade de profissionais foi tida como a principal barreira ao acesso e à continuidade do cuidado e os autores destacam que, na realidade do município estudado, existe ainda a necessidade de construir as redes de cuidado em saúde mental infantojuvenil desde o início.

O recente trabalho elaborado por Silva, Treichel e Onocko-Campos (2025) difere dos anteriores ao propor um delineamento quantitativo de pesquisa e utilizar a técnica de cluster para identificação dos itinerários terapêuticos considerando um conjunto de variáveis. Realizado em um município paulista de médio porte (Itatiba-SP), objetivou identificar a existência de itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental. Participaram do estudo 341 usuários de serviços especializados de saúde mental que foram agrupados a partir de quatro variáveis: situação em que o problema de saúde mental foi identificado; local do primeiro atendimento; origem do encaminhamento para o serviço atual; e manutenção do vínculo com a atenção primária à saúde (APS). O estudo apontou para fragilidades importantes principalmente na atenção básica da rede estudada, evidenciando a necessidade de desenvolver estratégias que

fomentem a integração dos serviços, tanto para favorecer o acesso aos cuidados especializados em tempo oportuno como para viabilizar a continuidade do cuidado entre os diferentes pontos de atenção.

O contato com os estudos sobre os itinerários terapêuticos no campo da saúde mental elaborados nos últimos cinco anos permite a identificação de similitudes entre os diferentes trabalhos. São frequentes os resultados que apontam para fragilidades da Atenção Básica quando considerados os itinerários terapêuticos em saúde mental, ora com predominância de uma lógica biomédica centrada na oferta de consultas e medicamentos (Bandeira & Onocko-Campos, 2021, Soccol *et. al.*, 2021,), ora com dificuldades em estabelecer vínculo com os usuários da saúde mental (Franco e Pegoraro, 2023; Santos & Kind, 2022), ora ocupando uma posição de simples encaminhadora para os serviços “especializados” (Leitão *et. al.*, 2025).

Ao mesmo tempo, os estudos que ocuparam-se dos itinerários terapêuticos de usuários que estavam em acompanhamento nos serviços substitutivos referem persistência de um tensionamento entre as lógicas de cuidado manicomial, centrada nas internações, e psicossocial, conforme a política da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Franco & Pegoraro, 2023, Soccol *et. al.*, 2021). Não foram encontrados estudos sobre os itinerários terapêuticos em saúde mental elaborados nas regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, com predominância de produções feitas no Sul e Sudeste e apenas um trabalho elaborado no Nordeste brasileiro (Acirole & Silva, 2021). Ainda assim, é possível perceber um cotejamento entre aspectos macrossociais e seus efeitos nos itinerários de cuidado encontrados.

É interessante destacar que em muitos estudos aparece a busca feita pelos usuários por outros setores de cuidado e suporte para além da rede formal de saúde como estratégia para alívio do sofrimento, o que remete para a dimensão biopsicossocial do sofrimento (Acirole & Silva, 2021; Allande, 2021; Santos & Kind, 2022). Neste sentido, alguns trabalhos atentam de maneira mais específica para a dimensão social do adoecimento psíquico, abordando populações marginalizadas, vulnerabilizadas e oprimidas (Pereira, 2020; Pereira *et. al.*, 2020; Acirole & Silva, 2021; Allande, 2021). Percebe-se, contudo, que nenhum desses trabalhos aborda os diferentes processos de vulnerabilização e opressão a partir de uma perspectiva interseccional.

Dessa forma, o presente trabalho se insere em um campo científico crescente e promissor no que se refere aos itinerários terapêuticos e ao cuidado em saúde mental de populações vulnerabilizadas. Uma de suas contribuições mais significativas é a abordagem desses itinerários a

partir da interseccionalidade, teoria social crítica que será circunscrita adiante, uma vez que se faz necessário trabalhar melhor mais alguns aspectos relacionados ao próprio campo de pesquisa para depois abordar seus pressupostos teóricos.

2.2 O território de Vargem das Flores

É importante destacar que esta pesquisa surge de questões levantadas a partir de uma prática específica realizada em uma rede assistencial e em um território também específicos. Nos estudos sobre itinerários terapêuticos é significativo que se tenha em consideração o local e o contexto onde as experiências dos usuários ocorrem, contribuindo na compreensão dos significados e experiências narrados por eles, o que torna importante algumas observações sobre o território que foi o campo desta pesquisa. Para Moreira, Bosi e Soares (2016), o trabalho com itinerários terapêuticos e as narrativas dos usuários configura:

[...] uma prática que não pode ser estudada desligada de aspectos contextuais e locais, nem em separado das relações sociais, pois sua coerência não se encontra só no texto, mas depende do background e das expectativas dos participantes (narrador e interlocutor), que, em conjunto, negociam e interpretam mutuamente os significados propostos. (Moreira, Bosi & Soares, 2016, p. 235)

Desse modo, realizando o trabalho de situar o contexto no qual a presente pesquisa se insere, chega-se ao município de Contagem. Situada no estado de Minas Gerais e conhecida como Cidade Industrial, Contagem integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte juntamente com outros 34 municípios e é o lar de uma população de 621.863 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). Administrativamente, o município está subdividido em oito distritos ou regionais de saúde, estando entre eles o Distrito Sanitário de Vargem das Flores (Contagem, 2009).

O distrito de Vargem das Flores é um dos mais distantes do centro da cidade e possui uma população cadastrada no e-SUS⁴ de pelo menos 64.820 pessoas (Contagem, 2021). Recebe seu nome devido à implantação de um grande reservatório para captação de água em 1972 a partir de um convênio com o município de Betim, que foi batizado “barragem de Vargem das Flores”. Ao todo são 17 Equipes de Saúde da Família distribuídas entre 12 Unidades Básicas de Saúde e 02 Unidades de Apoio (Anexo Tupã / Anexo Liberdade).

⁴ e-SUS é uma base nacional de dados que reúne informações de atendimento e de acompanhamento dos usuários de um território sanitário para subsidiar o financiamento das estratégias em saúde.

É formado por zonas urbanas e rurais e possui bairros com características muito diferentes entre si. O bairro Nova Contagem, por exemplo, fica há pelo menos 25 km do centro de Contagem e foi construído para abrigar a Penitenciária de Segurança Máxima “Nelson Hungria” e acomodar a população expulsa das regiões periféricas da cidade. Em torno do presídio, os familiares que iam acompanhar o cumprimento da pena de seus entes queridos acabavam fazendo morada ali mesmo (Contagem, 2009).

O Bairro Retiro é um dos mais antigos de Contagem e tem uma forte ligação com a origem da cidade por tradição histórica, religiosa e social. Nele localiza-se a Capela de São Domingos de Gusmão, patrimônio cultural tombado no ano de 2004. Há registros de iniciativas de ensino rural no Retiro desde meados de 1889. Elementos ligados à espiritualidade e ancestralidade africana estão presentes e dividem espaço com o catolicismo europeu, sendo um de seus exemplos o Congado do Bairro Retiro, que sincretiza elementos das duas tradições (Contagem, 2009; Cunha, 2011).

Situado às margens da lagoa de Vargem das Flores, Tupã é um bairro rural composto em grande parte por sítios e chácaras daqueles que tem mais dinheiro, mas também por aqueles que conseguem um lote e vão construindo suas casas à medida do possível. O bairro Liberdade, por sua vez, é uma área rural que fica há pelo menos 14km do bairro Nova Contagem e não conta sequer com fornecimento público de água ou luz. Para chegar ao local mais próximo em que se realizavam as consultas especializadas, como a psiquiatria ou psicologia, algumas pessoas precisavam pegar até 03 ônibus, por exemplo. A Unidade de Saúde é atualmente a única representante do Estado na região e, por isso mesmo, tem sido a destinatária de todas as demandas da população.

A simples descrição de alguns bairros que compõem o distrito de Vargem das Flores anuncia a heterogeneidade e desigualdades sociais internas ao próprio distrito sanitário. Contagem experimentou todas as consequências dos fatores de industrialização e metropolização, com graves efeitos também sobre o meio ambiente. Vários bairros que fazem parte da região de Vargem das Flores foram loteados desrespeitando a legislação legal. Loteamentos esparsos e desarticulados, clubes, residências e restaurantes foram se implantando aleatoriamente, sem consideração pelo espaço natural, produzindo uma descaracterização progressiva (Contagem, 2009).

Por outro lado, quando o distrito é comparado com as demais regiões administrativas da cidade, novas desigualdades são verificadas. Na Figura 1 pode-se ter uma ilustração da vulnerabilidade social presente no território em que a presente pesquisa se insere:

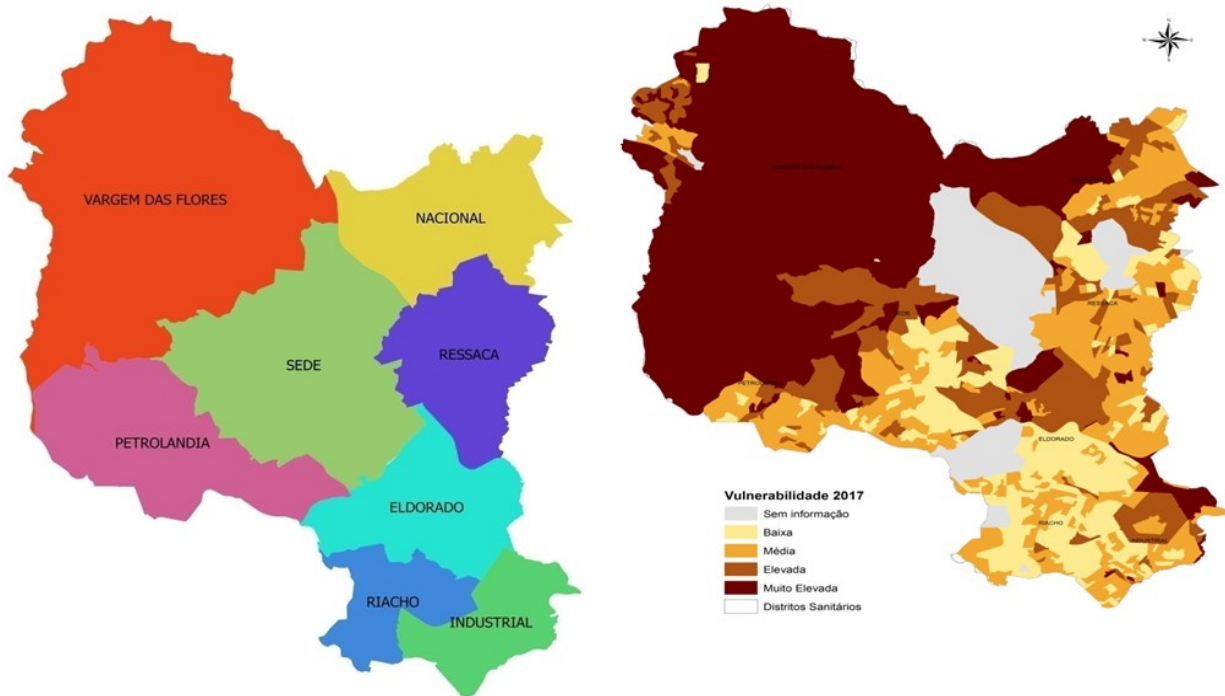


Figura 1. Distritos Sanitários de Contagem x Zonas de Vulnerabilidade Social (Fonte: Contagem, 2021)

Na ilustração, à esquerda, o mapa de Contagem traz as subdivisões dos Distritos Sanitários, de modo que Vargem das Flores aparece na parte superior, em vermelho. Do lado direito, por sua vez, o mapa do município aparece demarcado a partir de classificações do nível de vulnerabilidade social mensurado com dados do próprio município no ano de 2017. Percebe-se que uma grande região classificada com nível “muito elevado” de vulnerabilidade social coincide com o território de Vargem das Flores.

Há um diagnóstico já feito pela gestão municipal de que o distrito de Vargem das Flores é uma área de extrema vulnerabilidade social e que requer mais atenção. As situações colocadas de grande vulnerabilidade social, maiores restrições de lazer e sociabilidade, condições precárias de trabalho, invisibilidade da população associadas às grandes distâncias do território dificultam o acesso da população aos serviços existentes na rede formal de assistência à saúde, resultando em baixos índices de adesão às práticas de cuidado e aumento nos índices de sofrimento mental ou sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Convém, contudo, ampliar as noções empregadas na abordagem do fenômeno ao se considerar que um território é muito mais que apenas uma demarcação geográfica ou uma área de abrangência, indo além de uma definição burocrática como localidade que circunscreve as divisões

de responsabilidades dos diferentes dispositivos públicos. O território é vivo e nele vivem as pessoas, sendo neste território que elaboram as mais diversas soluções individuais e coletivas para seus problemas.

No território se estabelecem relações, relações que são históricas, culturais, de poder e de cuidado. É interessante notar que a distribuição das Unidades Básicas de Saúde em Vargem das Flores coincide e convive com a presença das igrejas evangélicas neopentecostais, muitas vezes sendo vizinhas de lado ou de frente e atendendo a mesma população. Vale ressaltar que em localidade não muito distante (Distrito Sede, região administrativa adjunta a Vargem das Flores) existe o “Quilombo dos Arturos”, uma tradicional comunidade quilombola famosa por suas celebrações festivas e religiosas, assim como pelo esforço de manter viva suas tradições (Contagem, 2009). Souza (2013) sugere que os conceitos devem ser tomados como "unidades explicativas fundamentais". Neste ponto, convém explorar um pouco mais as concepções de “território” que adquirem importância para a organização desta pesquisa.

2.3 O conceito de território e algumas definições

Segundo Souza (2013), o conceito de território tem sido utilizado de maneira excessivamente ampla, sendo por vezes empregado quase como sinônimo de espaço geográfico, inclusive por pesquisadores. Essa indistinção se manifesta tanto na concepção do território como um mero espaço físico quanto na sua identificação exclusiva com o espaço político-administrativo do Estado-nação e suas subdivisões. Contudo, o autor argumenta que o território, embora inseparável do substrato espacial material que lhe serve de base e referência, não se resume a ele e esse tipo de “confusão” do território com o espaço geográfico historicamente pode ser interligado com posições político-epistemológicas conservadoras tanto na geografia quanto na política.

É interessante notar, com Morosini, Fonseca e Baptista (2020), como isto se transfere para a saúde. Em artigo que discute a implantação de políticas neoliberais e de austeridade fiscal no sistema público de saúde e os possíveis efeitos observados, as autoras salientam a presença de interesses econômicos em um retorno ao modelo biomédico e fazem um alerta ao notar um empobrecimento do conceito de “território”, tão caro para o SUS. Para elas, esse empobrecimento estava ligado a interesses de permitir quantificar uma “cartela de serviços” e precificar as ações públicas em saúde. Nesta lógica reducionista, muito facilmente o conceito de "território" é

expropriado de sua história e determinação social e passa a se referir apenas a lugar geográfico. Se território vira local, comunidade vira conjunto de pessoas, sobrando pouco espaço para consideração pelas relações sociais que se estabelecem entre os próprios usuários e entre usuários e profissionais da rede. Por sua vez, o sujeito é reduzido a um mero indivíduo, deixando de ser considerado como ativo na defesa de seus direitos e capaz de exercer controle social (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020).

Em contraposição a essa visão simplificada, Souza (2013) reafirma o caráter político do território e enfatiza que o território se configura como um "campo de força", existindo enquanto projeção espacial de relações sociais. Esta definição é significativa. Confundir território com o substrato material implica em uma "coisificação" do conceito, obscurecendo sua natureza dinâmica e relacional. As fronteiras e os limites territoriais, enquanto expressões de relações de poder, são passíveis de mudança, independentemente de alterações no substrato físico. Portanto, o território não é um pedaço qualquer da superfície terrestre arbitrariamente delimitado, mas sim uma manifestação específica do espaço geográfico e da espacialidade, intrinsecamente ligada à ideia de poder.

Nessa perspectiva, a noção de território remete à indissociável ligação entre espaço e poder. O espaço territorializado se configura como um instrumento para o exercício do poder, ao passo que o poder, por sua vez, se manifesta e se concretiza em referência a um território, mesmo que seus limites espaciais nem sempre sejam claramente definidos. Assim, o território é compreendido como um conjunto de relações de poder espacialmente delimitadas, operando sobre um substrato material de referência.

A analogia com um "campo de força" ilustra a natureza intangível do território, assim como o próprio poder enquanto dimensão das relações sociais. Se o poder reside nas relações sociais, o território emerge como a espacialização dessas relações, uma relação social que se torna espaço. Dessa forma, o território se distingue do simples espaço físico, caracterizando-se fundamentalmente como um espaço definido e delimitado pelas dinâmicas do poder.

Milton Santos (2005) reafirma o território como uma categoria essencial para a análise social e, no mesmo sentido que vem sendo discutido até aqui, diferencia-o de um mero espaço físico, fazendo alusão à noção de um espaço usado, habitado e dinâmico, "território habitado", que reflete as interações humanas e sociais. Ele propõe que o território seja visto como uma mediação

entre o mundo e as sociedades locais e nacionais, sendo formado por lugares contíguos e em rede (Santos, 2005).

O território, segundo Santos (2005), é marcado por "horizontalidades" (interações locais e vizinhas) e "verticalidades" (relações globais e distantes), que coexistem e geram contradições. Ele critica a globalização perversa, que fragmenta o território e impõe normas externas, e defende a construção de uma outra globalização, baseada em solidariedades locais e horizontais. Para o autor, o território é um espaço de resistência e de possibilidade de transformação social, onde o uso e as ações humanas são centrais (Santos, 2005).

As formulações sobre o conceito de território na obra de Milton Santos são acompanhadas por Fuini (2015) em trabalho de revisão bibliográfica sobre as obras do consagrado geógrafo desde os anos 1970 até os anos 2000. Segundo Fuini (2015), Milton Santos entendia o território de forma dinâmica e em evolução. Inicialmente, o conceito aparecia como base física do Estado-nação, marcado por limites políticos. No entanto, ao longo dos anos sua visão se expandiu para o conceito de "território usado", que se refere ao espaço vivido e transformado pelas pessoas através de suas ações e relações cotidianas. Esse território usado não se limita a áreas contíguas, podendo também se formar por conexões em rede, especialmente no mundo contemporâneo.

Na obra do geógrafo Milton Santos, o entendimento do território é crucial para analisar as transformações do mundo atual, como o fim da Guerra Fria, a globalização e o avanço tecnológico. O território possui limites que variam historicamente e sua ocupação é definida tanto pelo poder (do Estado) quanto pelas relações entre as classes sociais dentro do sistema econômico dominante. Milton Santos aproximava o território do conceito marxista de formação socioeconômica, onde cada território corresponde a uma organização econômica e social específica, moldada por leis e normas a ele associadas (Fuini, 2015).

Fuini (2015) chama a atenção para o fato de que Milton Santos demonstrava uma preocupação especial com os grupos vulnerabilizados e seus lugares, focando particularmente nos territórios de países subdesenvolvidos, como o Brasil. Ele via o território não apenas como um palco para a vida social, mas também como um espaço de disputas, identidades e onde as relações de poder se manifestam de maneira concreta. Neste ponto, percebe-se uma aproximação com o pensamento de Souza (2013) sobre o território como espacialização de relações de poder.

Aqui, conforme resgatado e organizado por Fuini (2015), convém destacar a noção miltoniana de "território usado", compreendida como o espaço onde a vida social se manifesta e

onde a sociedade local exerce influência, inclusive sobre a economia. O “território usado” possui uma dinâmica própria e representa a união entre o espaço físico ("o chão") e a identidade cultural e social (como a ideia de tribo, povo, nação e Estado), devendo-se considerar ainda os laços de pertencimento e a identidade sociocultural como qualidades importantes do território.

No livro “*A natureza do espaço*”, Milton Santos (2006) também utiliza a metáfora “campo de forças” para se referir a território, embora o faça analisando os efeitos da globalização nos países subdesenvolvidos. Segundo o autor, com a globalização território e mercado se tornam intrinsecamente ligados, funcionando como sistemas complexos de pontos interdependentes. As regras que governam essa relação são dinâmicas e se ajustam continuamente. Nesse contexto, o território como um todo reflete uma espécie de harmonia imposta entre os diversos lugares e os agentes que neles atuam.

Para Santos (2006), o território atua como um mediador crucial entre o global e o local, sendo funcionalizado pelas necessidades do "Mundo" através das potencialidades específicas de cada lugar. Interessante destacar na argumentação do autor que o "Mundo" seleciona e rejeita lugares, transformando o conjunto do espaço. Essa dinâmica se manifesta em um espectro que vai de uma norma global desterritorializada a um território local normativo, com situações intermediárias representadas por regiões supranacionais e infranacionais, cada uma com combinações distintas de normas e formas, onde no nível global a norma predomina e no nível local a forma ganha maior relevância (Santos, 2006).

Para esta pesquisa, levando em consideração formulações elaboradas pelos autores da geografia da saúde, reafirma-se que o aspecto político ligado ao conceito de território adquire relevância. A metáfora do território como um “campo de força” é extremamente pertinente por sua capacidade ilustrativa de que, em um território, mais do que limites espaciais, estão colocados vetores de força que apontam nas mais diversas direções; às vezes confluentes (Bispo dos Santos, 2023), às vezes contraditórias (Santos, 2005; Souza, 2013). Confluência é um termo cunhado por Bispo dos Santos (2023), em analogia ao movimento das águas e dos rios, sobre o ganho de força - sem a perda da identidade - quando um rio encontra outro, termo pertinente ao se falar sobre o jogo de interações que se coloca no território. Afinal, a noção miltoniana de “território habitado” faz referência às interações humanas e sociais que acontecem dentro desse campo de forças, o afetam e são afetadas por ele. Não é difícil imaginar que, enquanto políticas locais, essas lógicas

penetram e atravessam as redes formais (como os serviços de saúde) e informais (ex: organizações comunitárias) do território.

Souza (2013) argumenta que o conceito em questão possui aplicabilidade em diversas escalas e contextos, inclusive nas situações cotidianas. Ao direcionarmos o olhar para o "mundo da vida" ou, em outras palavras, para o dia a dia das pessoas e dos grupos sociais, somos levados a perceber e analisar, no que diz respeito aos "campos de força" do poder espacializado (ou seja, dos territórios), realidades espaço-temporais que se distinguem da aparente imobilidade das fronteiras estatais:

Isso pode ser, talvez, particularmente bem exemplificado em uma grande cidade contemporânea ao levarmos em conta a miríade de práticas espaciais que ocorrem em uma escala geográfica muito reduzida (que é aquela que tenho chamado dos "nanoterritórios", em que as "fronteiras" englobam uma rua ou um trecho de rua, um prédio ocupado por sem-teto, uma prisão, parcelas das arquibancadas de um estádio de futebol...). Essa é a escala, por excelência, dos oprimidos e suas táticas, com suas resistências quotidianas inscritas no espaço ou expressas espacialmente [...]. (Souza, 2013, pp. 104-105)

As noções de território aqui exploradas permitem um olhar capaz de identificar as complexidades que envolvem a cidadania dos usuários dos serviços. Uma vez que está em pauta a saúde como um direito do cidadão, agente ativo nos processos saúde-doença-cuidado e morte, a noção de território nesta pesquisa precisa ser tomada em toda sua acepção política, considerando as diferentes escalas do território.

A presente pesquisa se insere em um campo de interface entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental. Moreira, Bosi e Soares (2016) recordam que a rede de cuidados resulta da interação do sujeito com seu território e serviços ofertados, sendo constituída de diversos arranjos e modos como o sujeito se conecta e se movimenta na busca por atenção às suas necessidades materiais e subjetivas. Dessa forma, a perspectiva apenas descritiva do território de Vargem das Flores acima registrada assim como a conceituação de território são enriquecidos quando articulados com a discussão teórica acerca das desigualdades sociais em saúde, avançando um pouco mais na construção dos alicerces teórico-epistemológicos da presente pesquisa.

2.4 Desigualdades e Iniquidades em Saúde

Aquilo que acabou sendo chamado de “Saúde Coletiva” no Brasil e no âmbito da América Latina encontra correspondência com o termo “Medicina Social” configura um campo de produção

de conhecimento em saúde pautado por um profundo questionamento do modelo biologicista. O campo da Saúde Coletiva historicamente foi construído e fundamentado à partir da chegada de saberes provenientes das Ciências Sociais e associado à emergência da sociedade industrial, uma vez que a saúde das individualidades precisou incluir necessariamente as condições coletivas de salubridade e insalubridade, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos na exterioridade das condições do espaço social em que vivem (Birman, 2005).

A Medicina Social e a Saúde Coletiva Latinoamericana (MS-SC) há décadas vem realizando o trabalho de questionar modelos de conhecimento que partem de uma determinação do tipo “causa e efeito” para as doenças e agravos em saúde, modelos estes quase sempre restritos a uma concepção apenas biológica do corpo e do ser humano, com prevalência das explicações do tipo “agente” e “hospedeiro” da doença, com conceitos que muitas vezes apresentam-se estanques e a-históricos. Segundo Birman (2005, p. 15):

O campo da Saúde Coletiva é, pois, fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa. É evidente que os diferentes discursos biológicos têm um lugar fundamental no campo da saúde, o que não deve implicar uma posição hegemônica em relação aos outros.

Considerando as especificidades do território de Vargem das Flores e os aportes provenientes da Saúde Coletiva, a fundamentação teórica deste estudo precisa se ocupar das desigualdades sociais e seus efeitos na saúde dos grupos. Barreto (2017, p. 2098) destaca que as desigualdades sociais, com frequência, são transferidas para a saúde, “tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde”.

Segundo Barata (2009, p. 12) ao se referir a “desigualdade social” se faz referência “a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio”. Neste ponto, torna-se importante discutir a diferença entre dois conceitos: desigualdades em saúde e iniquidades em saúde. Barreto (2017, p. 2100) discrimina que as desigualdades em saúde “referem-se àquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde)”; enquanto as iniquidades em saúde “referem-se às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça”.

Os autores Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) recordam que esta diferenciação deve ser atribuída à Whitehead (1991, 1992), que, em consultoria para a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou a proposta de distinguir diferenças ou disparidades em saúde (*differences or disparities*) de iniquidades (*inequities*) em saúde, de modo que as iniquidades constituem diferenças que são, além de evitáveis, principalmente injustas.

É interessante notar que a passagem de uma a outra só é possível quando uma desigualdade passa a ser percebida como injusta pela sociedade onde ocorre, tornando-se uma iniquidade. Portanto, diferentes sociedades terão uma percepção distinta sobre quais desigualdades serão compreendidas como injustas e quais não se tornarão objeto de atenção. Ainda, somente “no momento em que desigualdades transformam-se em iniquidades é que emergem as condições para formulações e ações políticas concretas direcionadas a minimizar as desigualdades existentes” (Barreto, 2017, p. 2100).

Em outro trabalho, Almeida Filho (2020) analisa o conceito de equidade em saúde e propõe que ele poderia ser traduzido em quatro componentes: a) equidade no estado de saúde (os riscos de adoecer seriam homogêneos para todos os grupos da população); b) equidade nas condições de saúde (todos os cidadãos estariam cobertos por programas efetivos de promoção e proteção à saúde); c) equidade no acesso aos cuidados em saúde (em um contexto de equidade social, sistemas e serviços de assistência e recuperação da saúde estariam garantidos a todas as pessoas por igual); d) equidade nas práticas de cuidado (eficácia tecnológica, humanização e qualidade dos cuidados estariam igualmente disponíveis a todos os cidadãos).

Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) problematizam a persistência das desigualdades no mundo apesar da unanimidade do discurso em prol da equidade, denunciando a existência de outras lógicas presentes na orientação, formulação ou pelo menos na implementação das políticas públicas. Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018, p. 179) recordam que as investigações acerca dos processos de saúde-doença e morte devem levar em consideração “a análise do capitalismo contemporâneo e suas características fundamentais determinantes dos atuais processos de trabalho”. Segundo as autoras, somente levando em consideração o capitalismo como sistema produtor de desigualdades é possível apreender em profundidade o perfil epidemiológico da sociedade contemporânea, marcado pelas altas taxas de sofrimento e de adoecimento psíquico.

Os autores que discutem as desigualdades e iniquidades em saúde realizam um alerta sobre como as desigualdades sociais se apresentam na saúde, afetando os processos de saúde-doença-

cuidado e morte dos diferentes indivíduos e coletividades. Os trabalhos que adotam esse tipo de análise acabaram ficando ligados aos estudos que compõem o campo dos “determinantes sociais da saúde”. Entretanto, é preciso evidenciar que há uma forte crítica no campo da Saúde Coletiva às contribuições dessa vertente de análise, apontando que os autores frequentemente parecem conceber a problemática das desigualdades em saúde como um mero problema de gestão, de distribuição desigual de recursos, mencionando a palavra “capitalismo” com timidez e evitando analisar com maior profundidade as diversas lógicas de opressão que são organizadoras da sociedade contemporânea. Assim, para enriquecer a abordagem da pesquisa, a perspectiva proposta pela “determinação social” do adoecimento mostra-se extremamente fecunda.

2.5 Determinação Social dos processos saúde-doença

Segundo Borde, Hernández-Álvarez & Porto (2015), de fato ocorre um avanço importante quando os autores das desigualdades em saúde reconhecem que as assimetrias na distribuição de poder e renda originam-se no contexto socioeconômico e político, configurando padrões diferenciados de vulnerabilidade e exposição aos determinantes sociais de saúde e, desta forma, definindo as iniquidades em saúde. Porém, a crítica que se constrói é incompleta por conceber a possibilidade de reverter as iniquidades dentro do atual modelo de sociedade. Assim, a abordagem dos “determinantes sociais da saúde” parece evitar uma discussão que enfrente a organização social capitalista como produtora dessas desigualdades. Parece existir um imaginário de que seja possível promover uma mobilização social em prol da saúde, partindo da suposição de que o reconhecimento das desigualdades seja motivo suficiente para mobilizar autoridades e a sociedade civil (Borde, Hernández-Álvarez & Porto, 2015).

Tal suposição desconhece profundamente os processos, os contextos sócio-históricos e as lutas sociais que têm permitido um avanço na consolidação do direito à saúde, na melhoria das condições de vida e trabalho, bem como o acesso mais amplo aos serviços de saúde. Neste sentido, os impactos negativos que gera “o mercado” sobre a equidade em saúde são considerados como aleatórios, acidentais e não-desejados; e o padrão sistemático da determinação social que se engendra, entre outros, a partir da superexploração do trabalho, da natureza implicada no regime de acumulação capitalista e das diferentes formas de discriminação e racismo não é reconhecido (Borde, Hernández-Álvarez & Porto, 2015).

Neste ponto, é preciso chamar a atenção para a perspectiva da “determinação social” dos processos de saúde-doença e morte, que vem se consolidando desde os anos 1970 no campo da Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-americana (MS-SC) e reafirma o caráter histórico-social dos processos de adoecimento e cuidado. A MS-SC desenvolveu uma práxis e um arcabouço teórico-metodológico transformador. Como um contraponto à discussão das “desigualdades em saúde” e dos “determinantes sociais da saúde”, a abordagem da “determinação social” realiza um profundo questionamento do paradigma biomédico da doença, opondo-se à versão tradicional de riscos e fatores e opera um esforço de apreender os complexos processos pelos quais as relações sociais e de poder subsumem – incluem e subordinam – o biológico. (Viapiana et al.,2018; Borde, Ferreira & Morais, 2024).

Considera-se que as desigualdades são injustas porque são produzidas por uma apropriação indevida dos meios de realização da vida por parte de uma classe social, um gênero e/ou uma etnia/raça (matriz de dominação). Reconhece-se um “sujeito histórico”, construído nas relações sociais e processos de dominação, exploração e marginalização em função da consolidação de privilégios (materiais, políticos e simbólicos). Desde esta perspectiva, iniquidades e desigualdades são produzidas pelas relações de poder e de dominação, que se articulam no regime de acumulação capitalista, e são confrontadas pelas resistências e lutas dos explorados pelo regime. Assim, a iniquidade não apenas se refere às injustiças na distribuição e acesso aos bens materiais e serviços básicos, senão ao processo intrínseco que as engendra. (Hernández-Álvarez, 2011; Borde, Hernández-Álvarez & Porto, 2015; Borde & Hernández-Álvarez, 2022; Borde, Ferreira & Morais, 2024).

Borde, Ferreira e Morais (2024) utilizaram a perspectiva da determinação social para analisar e desnaturalizar os processos que marcam e até mesmo matam alguns corpos em detrimento de outros, ampliando a compreensão sobre os corpos que morrem, as formas e qualidades de morrer e as reações sociais diante dessas mortes. Apontam a colonialidade como participante na construção de narrativas e práticas que partem da desumanização e negação total dos sujeitos em nome de um “projeto civilizatório”, com suas atualizações que se propagam e consolidam a partir de práticas de dominação, expropriação e morte, nas quais há vidas que “valem menos”, são “descartáveis”, ou “precárias”. (Borde, Ferreira & Morais, 2024).

No campo da Saúde Mental e discutindo a determinação social do adoecimento psíquico, Amarante e Torre (2024) destacam a complexidade histórica da definição de transtornos mentais e

a influência de fatores sociais nesse processo. Para Pinel, considerado o pai da psiquiatria, “o processo civilizatório” teria inequívoca responsabilidade naquilo que ele fazia questão de se referir como “alienação mental”. Pinel opunha-se ao termo “doença mental” pois considerava um erro procurar a sede da loucura, na medida em que nada era “mais obscuro e impenetrável” (Amarante, 2008; Amarante e Torre, 2024). Esquirol, o mais expressivo discípulo de Pinel, afirmou, em 1838, na ocasião da aprovação da Lei de Assistência aos Alienados (a primeira sobre o tema em toda a história), que “a loucura é o produto da sociedade e das influências morais e intelectuais” (Amarante e Torre, 2024).

A atenção aos acontecimentos que ocorriam naqueles tempos de grandes transformações políticas, econômicas e sociais, tal como foi o cenário da Revolução Francesa, permitiu que ocorresse a Pinel e a Esquirol a ideia de que os problemas de saúde mental são influenciados por fatores sociais (Amarante e Torre, 2024). Pinel e Esquirol são tomados como exemplo quando Amarante e Torre (2024) argumentam que a busca por uma etiologia única para os sofrimentos psíquicos tem sido infrutífera, e que a medicalização, impulsionada pela indústria farmacêutica, tem contribuído para a naturalização de condições complexas como doenças individuais. Essa perspectiva, segundo os autores, obscurece as raízes sociais e históricas dos problemas de saúde mental, dificultando a implementação de políticas públicas mais efetivas.

No âmbito da presente discussão, é fundamental a contribuição de Furtado (2024), que, em tese de doutoramento, busca compreender a esquizofrenia a partir de uma perspectiva social e histórica. Ao longo de seu trabalho, em vez de focar em causas biológicas como a psiquiatria tradicional o faz, a autora argumenta que a esquizofrenia é resultado de processos sociais e históricos complexos. Há uma forte crítica à visão de que a esquizofrenia seria uma doença mental individual e isolada, assim como a elaboração de que ela está relacionada a condições sociais de exploração e opressão. Para sustentar sua argumentação, Furtado (2024) utiliza conceitos de diversas teorias, como o marxismo e a psicologia histórico-cultural, e analisa como fatores sociais - como a pobreza e a desigualdade - podem influenciar o desenvolvimento da esquizofrenia. Destaca-se ainda a contribuição do trabalho ao propor uma nova forma de entender a consciência e como ela pode ser afetada por esses fatores sociais, levando à esquizofrenia.

Segundo Amarante & Torre (2024), o comportamento diferenciado de alguns, as atitudes exóticas, o falar sozinho ou com os deuses ou demônios, levantaram hipóteses muito variadas, de modo que o entendimento de tais fatos foi explicado ora por causas sobrenaturais, mágicas, místicas

e religiosas e só mais recentemente “científicas”. Nota-se: ao longo da história surgiram teorias médicas de origens diversas, que associavam tais experiências desde os elementos da natureza, passando pelos vapores e humores do corpo e pela teoria dos miasmas e assim por diante.

Ainda hoje diferentes perspectivas “científicas” como a neurologia e a neuropsicologia procuram encontrar o substrato biológico dos transtornos mentais. No âmbito da presente discussão, é suficiente destacar que as diferentes lógicas de opressão estão presentes e se atualizam nos diferentes espaços da vida social pelos quais os usuários dos serviços de Saúde Mental transitam, produzindo efeitos que muitas vezes aumentam e agravam seu sofrimento. Independente das discussões que tentam interceptar, abordar e discutir a origem do sofrimento psíquico, tentando localizar as suas causas, somente a presença do mesmo já produz efeitos no campo sociopolítico e afeta a inserção dos sujeitos no laço social, participando, aumentando e alterando as diferentes lógicas de opressão às quais os sujeitos estão inseridos e perante às quais precisam elaborar uma resposta por sua capacidade de agenciamento.

2.6 A dimensão sociopolítica do sofrimento psíquico

Rememorando a época da redemocratização do Brasil que culminou na promulgação de nossa *Constituição Cidadã* (Brasil, 1988), na qual o movimento sanitário e a luta antimanicomial tiveram papéis ativos, Paulo Amarante (1996: p. 17) coloca que “a luta pela cidadania é uma luta geral, compartilhada por amplos setores da sociedade civil, tomada a partir de várias questões - a cidadania das mulheres, crianças, negros, povos da floresta, dentre outras”, contudo, se o sujeito apresenta alguma forma de sofrimento psíquico, historicamente vem sendo “[...] despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não-cidadão”.

Segundo Paulo Amarante (1996: p. 16) “ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos” (Amarante, 1996: p. 16). Neste sentido, se as desigualdades sociais podem ser convertidas em barreiras de acesso aos serviços de saúde, o sofrimento mental por vezes configura uma barreira de acesso à própria cidadania e, conseqüentemente, também aos direitos colocados por ela (saúde, educação, lazer, trabalho, ir e vir).

No Brasil, os primeiros hospitais psiquiátricos têm seu surgimento ligado à necessidade de criação de um local de destino para aqueles a quem a sociedade prescreve lugar marginal, sempre

em nome da preservação de uma imaginada ordem social. Violência e confinamento era o que aguardava essas pessoas, quase sempre para uma viagem sem volta. Os excessos e os horrores que aconteciam nessas instituições foram bem documentadas por Daniela Arbex (2013), em seu livro *Holocausto Brasileiro*.

Este destino de violência e violação pode ser relacionado aos significados que ao longo da história foram sendo atribuídos à figura do “louco”⁵. Neste sentido, Foucault (2007) descreve como a suposição de um perigo imprevisível atribuído à figura do louco historicamente resultou em medidas de isolamento, trancafiamento, desumanização e exclusão do laço social. É interessante acompanhar como se deu a construção de tal acepção.

O desaparecimento da lepra, ao final da Idade Média, vai deixar vazio um lugar que exercia toda uma função na dinâmica da organização da sociedade da época. Abandono e exclusão tinham um sentido e importância naquele grupo social, pois estavam relacionados a uma curiosa forma de comunhão e salvação. Segundo Foucault (2007), a existência do leproso é sempre uma manifestação de Deus, que, em seu conjunto, indica sua cólera e marca sua bondade. Quando um pecador fecha suas portas ao leproso, está com isso lhe abrindo as portas da salvação: tanto o pecador que exclui o leproso quanto a figura excluída obtêm a salvação na e através dessa própria exclusão.

Sendo assim, ainda que tenha ocorrido o desaparecimento da lepra, como resultado da própria exclusão dos leprosos, aquilo que vai permanecer por muito mais tempo, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são as imagens e os valores que tinham aderido à personagem do leproso (Foucault, 2007). Dessa forma, a figura do louco, ao lado de pobres, vagabundos, prostitutas e presidiários, vem herdar as representações sociais que antes estiveram ligadas à lepra; no tempo que ficou conhecido como época das grandes internações (Foucault, 2007).

Paulo Amarante (1996, 2008) e Amarante e Cruz (2008) discutem um processo de espelhamento da psiquiatria com áreas da medicina mais próximas das ciências naturais associado ao próprio nascimento desta nova disciplina médica, sendo o isolamento da loucura dentro de hospitais psiquiátricos um procedimento para observação sistemática de sua ocorrência. Este procedimento, contudo, significou também um procedimento de isolar a “alienação mental” dos

⁵ O termo “louco” é aqui utilizado retomando o sentido foucaultiano, como aquele a quem a sociedade historicamente veio a destinar um lugar marginal.

sujeitos nos quais ela ocorre, tal qual o cardiologista se ocupa do coração, o psiquiatra ocupava-se da doença e colocava os sujeitos nos quais ocorria em suspenso. Evidentemente, neste procedimento perde-se a dimensão da pessoa, da experiência, da história, das relações e, por que não, da cidadania.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, traz uma inversão nesta situação. Inspirado na fenomenologia de Edmund Husserl e no conceito do autor de ‘redução analógica’ que consiste em colocar o conceito entre parênteses, a proposta de Franco Basaglia foi a de colocar “a doença entre parênteses” para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência. Trata-se, em verdade, de uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento que significa a suspensão de um determinado conceito e traz consigo a possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, neste caso, a experiência vivida pelos sujeitos (Amarante, 2008).

Segundo Paulo Amarante (2008), com a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, com todas as suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, projetos e anseios pessoais, o que possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Colocando a doença entre parênteses, os serviços já não serão locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância dos corpos e passam a configurar dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Esta atitude epistemológica é fundamental, pois, enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades.

A perspectiva da determinação social do adoecimento elaborada pela Medicina Social e Saúde Coletiva Latinoamericana parece produzir um efeito semelhante nas discussões em saúde, produzindo alterações epistemológicas na produção do conhecimento. Afinal, ocupando-se dos “fatores de risco” e “determinantes sociais da saúde”, a Epidemiologia clássica parecia não poder - ou não desejar - se ocupar das lógicas que produzem e reproduzem esses fatores.

A determinação social do adoecimento, ao evidenciar as raízes sociais das doenças, oferece um arcabouço teórico crucial para a compreensão do sofrimento psíquico. Ao analisar as condições de vida, trabalho e as desigualdades sociais, essa perspectiva nos permite vislumbrar como fatores como raça, gênero, classe e outros marcadores sociais da diferença se entrelaçam, amplificando as vulnerabilidades e as experiências de sofrimento mental. É fundamental reconhecer que o

diagnóstico de um transtorno mental, por si só, insere o indivíduo em uma lógica de exclusão e estigma, dificultando seu acesso a oportunidades e recursos. A teoria da interseccionalidade, nesse contexto, contribui ao destacar que as desigualdades em saúde mental não são aditivas, mas sim complexamente entrelaçadas.

Considera-se que a presença de sofrimento psíquico agrava e complexifica o emaranhado de opressões já presentes no laço social. O estigma que historicamente foi sendo aderido à figura de quem foge à norma exige que a compreensão das iniquidades em saúde mental considere as interconexões entre raça, gênero, classe, sexualidade, deficiência e outros marcadores sociais da diferença, o que leva à teoria social crítica da interseccionalidade, que fundamenta esta pesquisa.

2.7 Interseccionalidade: teoria social crítica

Segundo Hankivsky (2014), a interseccionalidade fundamenta um paradigma capaz de compreender os seres humanos como moldados pelas interações de diferentes marcadores de diferença, tais como raça/etnia, gênero, classe, origem geográfica, funcionalidade / disfuncionalidade, dentre outros. A abordagem da interseccionalidade não privilegia nenhum tipo de opressão à priori, pois considera que estas interações ocorrem no contexto de um emaranhado de relações de poder e privilégio moldadas pelo colonialismo, imperialismo, racismo, classicismo, homofobia, etc, bem como a partir das experiências dos próprios sujeitos nestas estruturas.

O debate acerca das desigualdades sociais e desigualdades em saúde é aprofundado quando considera-se o estigma que historicamente foi sendo aderido ao sofrimento psíquico como mais uma categoria de diferenciação que apresenta efeitos reais nas experiências dos usuários da saúde mental. Ao examinar com cautela, percebe-se que essas categorias interagem e frequentemente se interseccionam. Por exemplo, um mesmo sujeito pode enfrentar preconceitos e dificuldades de acesso à saúde decorrentes tanto de sua classe social, de raça, quanto de possíveis diagnósticos em saúde mental. Neste sentido, conforme colocado por Hankivsky (2014), a abordagem da interseccionalidade se apresenta em uma posição privilegiada para interrogar e compreender as diferenças humanas.

Raça, classe, gênero, idade, funcionalidade / disfuncionalidade, nacionalidade, etnia, religião e outros marcadores são exemplos de categorias de diferenciação que são consideradas em uma perspectiva interseccional. Couto, Oliveira e Separavich (2019) esclarecem que “categorias

de diferenciação social” podem ser definidas como construções sociais anteriores à existência dos sujeitos em questão, sendo que estas categorias se articulam produzindo maior ou menor inclusão ou exclusão social, a depender da posição que ocupam nos sistemas de classificação das sociedades, o tipo de controle social exercido sobre eles e a sua margem de ação (agenciamento) dentro do complexo sistema social em que estão incluídos. Neste sentido, no processo de formação das identidades sociais dos sujeitos, os marcadores sociais atuam de forma dinâmica, fluida e flexível; tendo como base contextos históricos particulares, relações situacionais de poder e privilégios, assim como processos estruturais de opressão.

Viveros Vigoya (2016) apresenta um interessante percurso histórico e epistemológico das ideias que foram levando ao surgimento da perspectiva interseccional. Segundo informa, o termo “interseccionalidade” foi cunhado em 1989 pela advogada estadunidense Kimberlé Crenshaw no contexto de discussão de um caso jurídico concreto com o objetivo de tornar evidente a invisibilidade jurídica e as múltiplas dimensões de opressão experimentadas por mulheres trabalhadoras negras da companhia General Motors. Crenshaw sempre destacou a importância prática da noção de interseccionalidade, pois esperava demonstrar que nos Estados Unidos as mulheres negras estavam expostas a violências tanto de raça quanto de gênero, buscando criar categorias jurídicas para enfrentar discriminações em múltiplos e diferentes níveis. (Viveros Vigoya, 2016)

Apesar de ter sido um termo cunhado somente em 1989, a interseccionalidade é uma perspectiva presente há mais tempo em diferentes correntes de pensamento que vinham tecendo críticas contundentes ao pensamento feminista branco burguês e apontando a necessidade de ampliação e reformulação de conceitos para fundamentar uma abordagem que levasse em consideração diferentes níveis de opressão (Piscitelli, 2008; Viveros Vigoya, 2016).

Viveros Vigoya (2016) chega a falar de uma dupla afiliação genealógica imputada à interseccionalidade: nos Estados Unidos, os trabalhos que utilizam a interseccionalidade apresentam uma forte influência do feminismo negro enquanto na Europa a interseccionalidade se vincula melhor com o pensamento pós-moderno. No Brasil e na América Latina, autoras como Lélia Gonzalez (2020) apresentam vigorosa produção intelectual nos estudos e debates da perspectiva interseccional, debatendo gênero, raça e classe desde a década de 1980. Patrícia Hill Collins (2022), por sua vez, tem discutido a interseccionalidade como uma teoria social crítica e elabora uma discussão estrutural sobre diferentes influências dentro da interseccionalidade.

Couto, Oliveira e Separavich (2019) assinalam que a interseccionalidade representa uma perspectiva teórico-metodológica que possui caráter transdisciplinar e é orientada para a apreensão da complexidade das identidades humanas e suas relações com as desigualdades sociais. Também defendem a importância da incorporação da perspectiva interseccional nos estudos da área da saúde por seu potencial de apoio à formulação de políticas de saúde comprometidas com a justiça social.

Para Hankivsky (2014), em uma perspectiva interseccional, as desigualdades e iniquidades nunca são resultado de fatores únicos distintos que podem ser tomados isoladamente. Piscitelli (2008), por sua vez, refere que a proposta de trabalho com as diversas categorias de diferenciação é oferecer ferramentas analíticas para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades. Trata-se de tomar a diferença em sentido amplo para fazer caber as interações entre as mais variadas diferenças presentes em contextos específicos.

É importante destacar que a perspectiva da interseccionalidade se opõe duramente a uma abordagem aritmética das desigualdades sociais. Numa perspectiva interseccional as vidas humanas não podem ser reduzidas a uma ou outra categoria tomadas isoladamente ou a partir de um somatório de seus efeitos (Hankivsky, 2014). A grande contribuição da perspectiva da interseccionalidade tem sido demonstrar que diferentes formas de dominação e opressão são formações históricas e que as relações sociais estão inseridas em experiências concretas que podem ser vividas de formas muito variadas (Viveros Vigoya, 2016).

A interseccionalidade, segundo Hill Collins (2022), não é apenas um conceito teórico, mas também uma ferramenta prática. Ao comparar as experiências de opressão a um cruzamento de caminhos, ela nos convida a analisar como as diferenças de raça, classe e gênero se entrelaçam, criando experiências únicas e complexas. “Nesse sentido, a metáfora da interseccionalidade como encruzilhada funciona bem como um mapa mental que incentiva as pessoas a olharem para intersecções particulares com o intuito de orientarem seu trabalho intelectual e prática política” (Hill Collins, 2022: p. 47). Essa perspectiva nos permite identificar novas formas de poder e resistência, e nos incentiva a buscar soluções que considerem a interconexão dessas diferentes formas de opressão. A consideração pelas intersecções às quais os sujeitos e comunidades estão inseridos permite identificar as desigualdades existentes e desenvolver estratégias para combatê-las.

No que se refere ao objeto da presente pesquisa, interessa que a abordagem seja capaz de atentar-se ao que Lélia Gonzalez (2020) denuncia, a saber, um sistema que transforma diferenças

em desigualdades, com sofisticadas e eficazes estratégias de dominação e exclusão no contexto da América Latina. No Brasil, devido à sua história colonial e escravocrata, as categorias raça, classe e gênero devem receber atenção. É comum no campo da atenção psicossocial identificar que participa do sofrimento dos usuários trajetórias de vida atravessadas por inúmeros processos de opressão e violações de direitos.

Uma prática em saúde mental que se pretende promotora de cidadania deve estar atenta a estes processos, permitindo a rápida identificação das lógicas opressivas em curso e a sua mitigação a partir de ações intersetoriais e de garantia de direitos. Neste ponto, convém resgatar uma advertência feita por Paulo Amarante (2008):

“Mas, sabemos que falar de cidadania e direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãs e sujeitos de direito por decreto. A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais”. (Amarante, 2008, p. 71)

Para que seja possível mudar mentalidades, atitudes e relações sociais é necessário um (re)posicionamento. Desse modo, considera-se que a articulação dos aportes teórico-epistemológicos que foram sendo discutidos até aqui contribui para formular uma pesquisa que leve em consideração a complexidade dos processos envolvidos tanto nos itinerários terapêuticos quanto no sofrimento psíquico dos usuários da rede de saúde mental de um território tão vulnerável quanto o de Vargem das Flores. A potência originada da articulação entre a perspectiva da determinação social dos processos saúde-doença-cuidado e morte e da teoria da interseccionalidade para o campo da saúde mental pública foram trabalhadas, inclusive, em artigo teórico do tipo “ensaio” submetido para apreciação na revista “Saúde em Debate” (ver Apêndice A).

A consideração pela experiência dos sujeitos em seu adoecimento psíquico e seus itinerários terapêuticos, a questão da cidadania e direito à saúde, a discussão acerca das desigualdades sociais, determinação social do adoecimento psíquico e seus efeitos para o campo, assim como a teoria social crítica da interseccionalidade são elementos de importância teórica, discursiva e epistemológica para o estudo. Na sequência, as próximas duas seções abordam noções que terão importância prática para a estruturação da presente pesquisa. Assim, ainda que não seja possível - e nem se tenha intenção de - esgotar as possibilidades de aproximação do fenômeno em estudo, pode-se contribuir com uma investigação que não negligencie seus aspectos fundamentais.

2.8 Definições de adoecimento psíquico

Há muitos anos o debate acerca do que pode ser considerado normal e patológico vem ocupando as ciências da saúde. Georges Canguilhem (2009), em tese de doutoramento originalmente publicada em 1943 e posteriormente transformada em livro, aborda o problema de maneira emblemática. No campo da Epidemiologia, Almeida Filho (2000) chegou a utilizar a expressão “ponto cego” para descrever o conceito de “saúde”, discutindo as dificuldades implícitas que historicamente a ciência epidemiológica vem apresentando em se delimitar o que pode ser considerado “saúde”. O autor chama a atenção para a complexidade dos processos concretos relativos à vida, saúde, aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte que ocorrem em agregados humanos históricos e, ao concluir, nos diz:

Não tenho dúvidas de que o objeto possível da saúde-doença-cuidado é um desses objetos heurísticos complexos, plurais e sensíveis aos contextos, que só se define em sua configuração total, já que a apreensão de cada um dos seus elementos e dimensões não nos dá acesso à integralidade deste objeto (Almeida Filho, 2000, p. 17).

As dificuldades de definição atualizam-se no campo da Saúde Mental. Como dito anteriormente, Paulo Amarante (2008) resgata que o próprio Pinel, considerado pai da psiquiatria, resistia em utilizar o termo “doença mental”, preferindo “alienação mental”, pois considerava um erro procurar a sede da loucura, na medida em que nada era “mais obscuro e impenetrável”:

“Mas o que significa alienação? Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simples desordem em seu âmago.” (Amarante, 2008, p. 30).

Alienado, originado de *alienare* e *alienatio*, pode ser tomado como alguém de fora, estrangeiro, alienígena, podendo significar estar fora da realidade, fora de si, fora da razão, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. É fácil perceber como o termo “alienado” ao longo de todos esses anos contribuiu para produzir uma atitude social de medo e discriminação, rapidamente associando estes sujeitos à ideia de “periculosidade”, o que levou ao abandono do termo (Amarante, 2008).

Com o surgimento da proposta de uma nova classificação dos transtornos mentais, concebida para ser de uso universal, o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, ou DSM, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria e atualmente em sua quinta versão (APA, 2014), pulverizou a alienação mental em inúmeros capítulos e classificações diferentes das

desordens do psiquismo; de modo que se passou a falar em “transtornos mentais”. De acordo o DSM-5, o transtorno mental é uma síndrome relacionada a uma perturbação emocional, cognitiva e comportamental do indivíduo que implica em problemas de desenvolvimento e psicobiológicos, apresentando interferências nas relações sociais e prejudicando, com isso, o convívio e inserção no laço social (APA, 2014).

Alguns estudos procuraram estabelecer o que poderia ser compreendido como “Transtorno Mental Grave” (TMG) ou Transtorno Mental Severo e Persistente (TMSP) (Cavalcanti, Dahl, Carvalho & Valencia, 2009; Drummond, Radicchi & Gontijo, 2014; Zumstein & Riese, 2020), entretanto, não foi possível estabelecer um consenso. Por exemplo, Schinnar, Rothbard & Kanter (1990) encontraram 17 definições para TMG e perceberam incoerências entre as definições ao tentar aplicá-las e compará-las em uma amostra de pacientes. Ao final do estudo, sugeriram a utilização da definição proposta por The National Institute of Mental Health (NIMH), a qual estabelece TMG como uma incapacidade moderada ou severa (avaliada a partir da Escala de Avaliação Global de Funcionamento - GAF), que possui duração superior a dois anos e tem como diagnóstico psicose não orgânica ou transtorno da personalidade (Schinnar, Rothbard & Kanter, 1990).

Ruggeri et al. (2000) trouxeram em seus estudos uma abordagem diferente de Schinnar et al. (1990) ao sugerirem uma definição mais ampla, que levasse em consideração apenas duas dimensões: incapacidade segundo GAF e duração do tratamento de dois anos ou mais. Nesta definição, não há a exclusão de diagnósticos para a inclusão de um quadro como transtorno grave e persistente possibilitando, com isso, um estudo mais detalhado sobre os cuidadores e serviços. (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi et al., 2000).

A lei 10.216 de 2001 (Brasil, 2001), conhecida por ser a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujo texto original não foi o mesmo que o de sua aprovação, uma vez que sofreu inúmeras alterações em nossas casas legislativas, utiliza o termo “pessoa acometida de transtorno mental” e avança no sentido de coibir a discriminação e promover a defesa da cidadania daqueles cujo ato normativo trata:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (Brasil, 2001).

Vale ressaltar o importante fato de que, apesar de constar na lei brasileira que trata o assunto, a crítica ao DSM e ao termo “transtorno mental” é vasta e elaborada por diferentes frentes. Aqui importa salientar a permanência do foco na doença e o caráter estanque do conceito. Dessa forma, ainda que não exista consenso sobre a terminologia utilizada, esta pesquisa faz a escolha por considerar a pessoa e o processo de adoecimento, de modo que se faz a opção pelo termo “pessoa em sofrimento psíquico” e fala-se em processos de “adoecimento psíquico”, conforme discutido por Moreira, Bosi e Soares (2016):

Tomar a pessoa, e não a doença, como ponto de partida enriquece a compreensão do que a motiva a procurar ajuda e, portanto, permite um cuidado que se adapta à diversidade humana e, ao mesmo tempo, visa dar conta da integralidade, o que implica considerar a singularidade e a alteridade. (Moreira, Bosi & Soares, 2016, pp. 224-225)

Segundo as autoras, “as pessoas procuram cuidado porque sofrem, e não porque têm uma doença” (p. 225). Este postulado é importante e será levado em conta durante todas as fases deste projeto, sendo possível perceber que está de acordo com a escolha epistemológica de Basaglia de colocar a doença entre parênteses e se ocupar da experiência dos sujeitos. Para Moreira, Bosi e Soares (2016, p. 225), muitos dos que sofrem e procuram atendimento podem se enquadrar em alguns ou mesmo em vários diagnósticos psiquiátricos, entretanto, esses diagnósticos dificilmente são suficientes para explicar o seu sofrimento; menos ainda, dão conta dele. “Para compreendê-lo, é preciso ampliar a escuta, construir o diálogo, contexto em que ganha importância a construção de narrativas no desvelamento dos itinerários percorridos”.

A opção por utilizar o termo “pessoa em sofrimento psíquico” introduz uma das escolhas teórico-práticas desta pesquisa, realizada não sem considerar as diferentes e divergentes perspectivas acerca de como delimitar o que pode vir a ser a “doença mental”, “a alienação” ou os “transtornos psiquiátricos”. Há uma escolha por considerar a pessoa em seu processo de adoecimento e a fazer falar sobre a experiência, o que fez para buscar ajuda sobre isto, quais foram seus itinerários, desafios, suportes, entraves, acertos e rupturas... Tal escolha não ocorre sem consequências, mas considera-se que escutar e dar lugar à experiência de pessoas em sofrimento psíquico, tendo em vista a história de estigma e vulnerabilização associada à loucura, já é disruptivo por si mesmo. Por fim, importa destacar que a definição de sofrimento, para quem sofre e o experimenta, é sempre diferente daquela apresentada nos livros e manuais estatísticos. Neste sentido, aspectos ligados à seleção dos participantes da pesquisa serão melhor trabalhados na seção sobre os percursos metodológicos.

2.9 O lugar da Atenção Básica

Na estruturação deste trabalho diversos recortes foram feitos tendo em vista a necessidade de circunscrever adequadamente seu objeto de estudo. Vale recordar, o objetivo desta pesquisa foi analisar os itinerários terapêuticos de pessoas com histórico de sofrimento psíquico e que estivessem em acompanhamento em saúde mental na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores, município de Contagem-MG, buscando compreender melhor o processo saúde-doença a partir da interseccionalidade.

Em um esforço de evidenciar estas escolhas, tem-se: a) optou-se pelo estudo de itinerários terapêuticos; b) de pessoas com histórico de sofrimento psíquico e acompanhamento em saúde mental nos serviços da rede pública; c) de um território periférico e extremamente vulnerável como Vargem das Flores em Contagem-MG; d) e que no momento da coleta de dados estavam em acompanhamento na Atenção Básica (AB) deste território; e) buscando compreender o processo saúde-doença a partir da interseccionalidade.

Abordar diretamente estes recortes implica evidenciar intencionalidades e possíveis consequências, importante trabalho que será feito também adiante e progressivamente, nesta e nas demais seções do relatório de pesquisa. Dessa forma, para destacar e justificar a escolha por abordar usuários que estivessem em acompanhamento na Atenção Básica de Vargem das Flores, convém considerar a definição que é trazida pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formalizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 (Ministério da Saúde, 2017):

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Ministério da Saúde, 2017, p. 2).

Em seu primeiro inciso, o artigo acima referido ainda postula que “§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (Ministério da Saúde, 2017b, p. 2).

Em meio a esse contexto, a eleição da Atenção Básica como ponto de partida para esta pesquisa levou em consideração diferentes fatores. O Município de Contagem reconhece a Atenção

Básica como fundamental na constituição do sistema de saúde e estabelece que cabe a este nível de atenção desempenhar ações de saúde e sustentar a ligação entre os demais pontos de atenção; garantindo a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários. Além disso, como estratégia a AB deve cumprir quatro funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação, responsabilização pela saúde da população e a coordenação das Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Contagem, 2022).

Neste ponto, Lancetti (2014) reforça a potência da atenção básica para ativar o comum nos territórios, compondo uma práxis na qual saúde e saúde mental se articulam de tal modo que chegam a fundir-se. Em documento orientador recentemente lançado, o próprio município de Contagem (2025) reconhece a fecundidade dessa articulação entre a atenção básica e a saúde mental, destacando em suas “*Diretrizes para o cuidado em Saúde Mental na APS*” o lugar estratégico ocupado por este nível de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

Considerando a posição estratégica que a APS ocupa em um desenho de Rede que se organiza a partir do território, com a produção de seus serviços alinhadas às necessidades da população e não o contrário, o cuidado em saúde mental na APS é fundamental no planejamento de ações eficazes e humanizadas, tendo sempre a desinstitucionalização e a autonomia do usuário como horizonte. (Contagem, 2025, p. 3)

Portanto, a escolha pela Atenção Básica como lócus de pesquisa parte da consideração por seu caráter ordenador e de porta de entrada que possui em meio a toda a Rede de Atenção à Saúde e na Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, é preciso destacar o lugar privilegiado de proximidade da atenção básica com o território e as condições concretas de vida das pessoas, contribuindo na avaliação dos efeitos das desigualdades sociais e barreiras de acesso ao cuidado e do estigma associado a estes pacientes.

Ainda, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, é pressuposto que a Atenção Básica é responsável por ofertar um cuidado em saúde mental para os casos que estão em momento de estabilidade. Diante disso, a escolha de abordar indivíduos que estivessem em acompanhamento na Atenção Básica permitiu assegurar que os participantes estivessem em condições psíquicas de responder a uma entrevista narrativa.

Ao oferecer cuidados abrangentes e coordenados próximos ao local de moradia das pessoas, a Atenção Básica atua de modo a promover o vínculo entre serviço e usuários, a redução das desigualdades em saúde e a construção de um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e resolutivo. A escolha da Atenção Básica como campo privilegiado de aproximação com os

participantes da pesquisa deu-se, acima de tudo, pela compreensão da potência apresentada por este nível de atenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Analisar os itinerários terapêuticos de pessoas com histórico de sofrimento psíquico e que estivessem em acompanhamento em saúde mental na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores, município de Contagem-MG, buscando compreender melhor o processo saúde-doença a partir da interseccionalidade.

3.2 Objetivos específicos:

- Compreender a experiência de adoecimento de pessoas em sofrimento psíquico desse território
- Descrever os diferentes usos que as pessoas em sofrimento psíquico deste território fazem das redes formais e informais de cuidado, assim como as invenções singulares e coletivas que elaboram para aliviar suas dores e sofrimentos.
- Analisar a acessibilidade aos serviços de saúde mental desse território
- Compreender, desde uma perspectiva interseccional, como as vulnerabilidades sociais e o estigma relacionado ao sofrimento psíquico influenciam seu processo de adoecimento e a construção de seus itinerários terapêuticos.

4 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Uma rápida busca pelo significado da palavra "percurso" na língua portuguesa encontra algumas definições interessantes. Originária do latim *percursus*, o termo pode adquirir as seguintes acepções: “ação ou efeito de percorrer”; “espaço percorrido”; “movimento num determinado espaço”; “qualquer itinerário”⁶. O exercício de extrair significações diversas de uma palavra é

⁶ Dicionário Michaelis de Língua Portuguesa, versão online. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/>

enriquecido quando diferentes fontes são consultadas. Assim, outros dois dicionários trazem mais definições alternativas para a palavra “percurso”: “a distância que se pretende percorrer ou que foi percorrida”; “ação de movimentar, movimento”; “o caminho que se deve fazer”; “roteiro”⁷; “caminho, giro”⁸.

Assim, falar em percursos metodológicos faz referência à ação mesma de percorrer uma pesquisa em Saúde Pública, alude ao espaço ou distância que se verificou entre aquilo que foi imaginado no projeto e o que foi de fato encontrado no momento de ir a campo. Falar em percursos metodológicos é tratar com respeito e seriedade os percalços e ajustes de roteiro necessários diante do real do território, tornar possível pensar em itinerários e balizas metodológicas. A escolha de denominar esta seção de “percursos metodológicos” diz também sobre um esforço de evitar as vãs tentativas de enquadramento da realidade, afinal, falar em percurso é também caminho, movimento e giro.

Em livro destinado a transmitir e trabalhar o rigor científico para estudantes de pós-graduação, Tobar e Yalour (2001, p. 146) propõem a seguinte sentença inspirada no filósofo Heráclito: “Demonstre no projeto todo o rigor de que seja capaz e, no informe a ser publicado, toda a sua criatividade”. Aqui, a escrita aproxima-se de uma linguagem narrativa, onde aquilo que foi planejado será, aos poucos, comentado e entremeado pelo passo a passo que se procedeu nesta pesquisa.

O presente trabalho utilizou um delineamento qualitativo de pesquisa desde sua concepção e em todas as etapas subsequentes. Acredita-se que a escolha do método qualitativo mostrou-se importante para os objetivos aos quais se buscou atingir. Afinal, o campo da saúde é detentor de caráter peculiar e de abrangência essencialmente multidisciplinar, e a inserção neste campo inevitavelmente leva a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados (Minayo, 1994).

O método qualitativo de pesquisa utiliza uma concepção trazida das Ciências Humanas e que tem se mostrado fértil para as Ciências da Saúde. Turato (2003) explica que a essência da pesquisa qualitativa é buscar os sentidos e as significações dos fenômenos. Neste tipo de estudo, não se busca estudar os fenômenos em si, mas compreender o seu significado individual ou coletivo

⁷ Dicionário Online de Português (Dicio). Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>

⁸ Dicionário Priberam de Língua Portuguesa. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/>

para a vida das pessoas. Considera-se que o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam as pessoas de certo modo organizam suas vidas (Turato, 2003).

Minayo (1994), por sua vez, coloca que as metodologias de pesquisa qualitativa abordam a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, bem como às estruturas sociais. Este tipo de delineamento está intimamente afinado com os estudos sobre itinerários terapêuticos. Moreira, Bosi e Soares (2016) recordam:

Cabe aqui assinalar que tais estratégias não implicam a crença na “objetividade” dos “dados”, termos estranhos a um enfoque compreensivo, já que faz parte dessa vertente a estreita aliança entre pesquisador e entrevistado e a consideração dos interesses e perspectivas das partes e dos efeitos do setting em que se encontram, não sendo este um ambiente natural, já produzido pelos participantes durante a complexa interação social, que cabe considerar caso a caso (Moreira, Bosi & Soares, 2016, p. 233).

Neste sentido, os resultados desta pesquisa não são adequados para que se realize amplas generalizações. Pelo contrário, a presente investigação interessou-se em conhecer em maior profundidade o fenômeno específico a que se propôs. O caráter exploratório e aproximativo do presente estudo tem papel importante na definição do delineamento da pesquisa. Operou-se de maneira a procurar captar características comuns, sentidos e repetições que eventualmente organizassem a situação ou fenômeno em tela. Segundo Tobar & Yalour (2001, p. 69), uma pesquisa exploratória “é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado. Pela natureza de sondagem, não parte de hipóteses. Estas poderão surgir como produto final da pesquisa”.

O esforço de pesquisa buscou elaborar uma compreensão sobre os itinerários terapêuticos dos usuários de saúde mental em Vargem das Flores, as redes formais e informais que compõem este território, geográfico sim, mas principalmente simbólico e no qual a presente pesquisa se inseriu. Neste sentido, o estudo aqui apresentado pode, seguramente, constituir a base para a elaboração de novos problemas de pesquisa capazes de expandir e aprofundar ainda mais a sondagem deste território. Segundo Tobar e Yalour (2001):

Os desenhos exploratórios pretendem conhecer uma realidade pouco elaborada por outros autores, e seu objetivo é chegar a hipóteses plausíveis, o que significa que possam ter maiores possibilidades de serem verificadas em outros universos. São pesquisas que utilizam dados qualitativos recolhidos através de histórias de vida pesquisadas em profundidade, estudos de casos, análises de documentos existentes, como jornais, cartas, memórias e observação direta ou participante (Tobar & Yalour, 2001, p. 90).

Dito isso, na sequência a escrita desta seção irá acompanhar os percursos metodológicos que deram corpo a esta pesquisa. Para isso, pretende-se considerar, de maneira detida, alguns

pontos de parada significativos e cuja exploração demonstra-se importante, a saber: procedimentos de pesquisa, instrumentos de coleta de dados, critérios de amostragem e metodologia de análise dos dados.

4.1 Procedimentos de pesquisa

Antes do início da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado em exame de qualificação no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, assim como submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da UFMG sob o parecer de número 7.333.458 e pela Diretoria de Desenvolvimento Humano (DDH) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Contagem, recebendo Carta de Anuência assinada pelo Secretário Municipal de Saúde por meio do processo SEI nº 1.13.006339/2024-9. Desse modo, a coleta de dados foi iniciada somente após toda tramitação da pesquisa nas instâncias reguladoras pertinentes. O tempo total de tramitação desta pesquisa nas referidas instâncias foi de aproximadamente 06 meses.

A entrada em campo e a coleta de dados ocorreram entre os meses de Fevereiro a Maio de 2025. Desafios ligados à própria rede pública de saúde de Contagem tiveram impactos nos procedimentos de recrutamento dos participantes, exigindo ajustes de roteiro e elaboração de novas estratégias enquanto a coleta de dados acontecia. À seguir, os desafios encontrados e as soluções elaboradas vão sendo descritas progressivamente.

Para abordagem dos participantes e convite para a entrevista, inicialmente, havia sido planejado que um dos pesquisadores, que também é trabalhador da rede de saúde mental em Vargem das Flores, realizaria uma conversa com cada uma das 17 Equipes de Saúde da Família (ESF) do território para apresentar os objetivos da pesquisa, seus procedimentos e resultados esperados e solicitar às equipes que fizessem a sugestão de pessoas com histórico de sofrimento psíquico e que estivessem em acompanhamento em saúde mental na atenção básica de Vargem das Flores para que fossem convidadas a compor o estudo. Desse modo, a abordagem dos participantes acabou ficando associada à indicação feita pelos profissionais das equipes da atenção básica.

Contudo, entre Outubro de 2024 e Fevereiro de 2025 a rede pública de saúde de Contagem estava passando por um momento de grande fragilidade assistencial devido ao término do contrato de trabalho de um grande número de servidores e isto implicou na redução e realocação da carga horária de trabalho do próprio pesquisador, reduzindo sua presença no território de Vargem das

Flores e diminuindo as possibilidades de um acesso direto às Equipes de Saúde da Família. Se antes o pesquisador estava em contato direto com as eSF pelo menos duas vezes por semana, após esta mudança sua presença no território ocorria apenas uma vez por semana e, com a concentração da carga de trabalho em um único dia, a interação com as equipes ficava restrita.

Para este impasse, enquanto estratégia para acessar as Equipes de Saúde da Família e solicitar que fizessem a sugestão de possíveis participantes para a pesquisa, duas ações foram colocadas em curso: a) Um dos pesquisadores foi incluído nos grupos de WhatsApp onde estavam inseridos todas(os) as(os) médicas(os) e todas(os) as(os) enfermeiras(os) do território. Estes grupos existem para exercer a função de facilitar a comunicação entre a gestão do Distrito Sanitário de Vargem das Flores e os profissionais da atenção básica. Assim, por diversas vezes foi disparada uma mensagem padronizada apresentando a pesquisa, seus objetivos e procedimentos, ao mesmo tempo em que era solicitado que fizessem a sugestão de possíveis participantes para o estudo. b) O aluno de mestrado envolvido na pesquisa se fez presente em uma reunião presencial na qual todas(os) as(os) enfermeiras(os) de Vargem das Flores se reúnem de maneira bimensal para alinhar processos de trabalho com a diretoria do Distrito Sanitário. Nesta reunião, a Diretoria do Distrito Sanitário de Vargem das Flores cedeu espaço para que o pesquisador pudesse se apresentar para as profissionais de enfermagem que ainda não conhecia, falar sobre a pesquisa em andamento e solicitar que fizessem a sugestão de pessoas dentro dos critérios de inclusão para serem abordadas e convidadas para a pesquisa.

Apesar das ações acima descritas, percebe-se que as Equipes de Saúde da Família não conseguiram ou não tiveram interesse em colaborar com a pesquisa. Na reunião presencial, muitas profissionais fizeram elogios à iniciativa e compreenderam os procedimentos da pesquisa. Entretanto, as mensagens nos grupos de WhatsApp foram ignoradas e mesmo transcorridas algumas semanas após a abordagem das eSF e da reunião presencial, apenas uma enfermeira do total de 17 profissionais fez a indicação de dois nomes para compor a pesquisa (dos quais 01 efetivamente veio a participar da entrevista).

Percebendo o pouco número de indicações feitas diretamente pelas eSF, nova estratégia foi tentada. Passou-se a uma abordagem individual por meio do envio de mensagens diretas para algumas enfermeiras que o pesquisador tinha uma maior proximidade devido à sua atuação no território, com pedidos para que indicassem possíveis entrevistados. Mesmo esta ação se mostrou infrutífera, com as mensagens sendo ignoradas pelas profissionais. Outro evento importante que

colocou impasses para a presente pesquisa refere-se ao fato de que, em Março de 2025, encerrou-se o contrato de trabalho de inúmeras enfermeiras que participaram da reunião na qual a pesquisa foi apresentada, de modo que muitas profissionais que haviam sido instruídas e convidadas a indicar participantes foram substituídas enquanto a coleta de dados estava em andamento.

Uma vez que havia sido estabelecido que seriam entrevistadas pessoas indicadas pelas próprias equipes da atenção básica, a solução para as dificuldades de recrutamento veio de uma sugestão feita pela própria diretoria do Distrito Sanitário de Vargem das Flores: que a pesquisa fosse explicada também para os psiquiatras da eMulti do território e que estes fossem solicitados a indicar nomes de possíveis entrevistados.

Na atenção básica de Contagem existem psiquiatras que fazem o atendimento ambulatorial de casos de maior complexidade que necessitam da intervenção da psiquiatria e que, contudo, não estão em uma crise que justificaria a intervenção do CAPS. Agora formalmente vinculados às eMulti preconizadas pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 635 de 2023 (Brasil, 2023), os psiquiatras da atenção básica também assumem uma função matriciadora para com as eSF que são referência. No Distrito de Vargem das Flores há 02 psiquiatras vinculados à atenção básica que dividem o território, cada um atendendo metade da população referenciada pelas 17 eSF. A estratégia de procurar estes profissionais e explicar sobre a pesquisa demonstrou bons resultados, de modo que a maior parte dos entrevistados que vieram a compor a amostra final do estudo foram indicações feitas pelos psiquiatras do território, de modo que essas pessoas em maioria estavam em acompanhamento regular com eles.

Após cada indicação, o passo seguinte foi o contato telefônico entre o pesquisador e as pessoas indicadas pelos profissionais. Neste momento, durante o primeiro contato telefônico com os potenciais participantes, foram fornecidas orientações iniciais e esclarecimentos sobre a pesquisa e seu funcionamento, de modo a convidá-los para um encontro presencial com hora marcada. É preciso destacar que adversidades observadas nesta etapa também levaram a novos aprendizados e exigiram a elaboração de estratégias para superação dos mesmos.

Em um primeiro momento da coleta de dados, havia uma preocupação dos pesquisadores de deixar claro, inclusive com o *setting* da entrevista, que a participação na pesquisa era um procedimento separado do tratamento em saúde mental que eles já realizavam, de modo que o primeiro encontro era proposto preferencialmente em modalidade de Visita Domiciliar (VD) aos

sábados. Entretanto, rapidamente se percebeu que as pessoas contatadas demonstraram desconfiança, ora recusando a proposta de participar do estudo, ora aceitando com muita reticência.

Considera-se que a desconfiança era justificada, afinal, as pessoas tinham medo de poder vir a ser vítima de algum golpe. Vale destacar, a situação concreta dos convites para entrevista era esta: uma pessoa que você não conhece te liga ou te manda mensagem, afirma ser pesquisador e trabalhador da rede de saúde mental e propõe ir na sua casa em um sábado para uma conversa. Desse modo, percebe-se que mesmo as pessoas que aceitaram participar do estudo neste primeiro formato de abordagem somente ficaram mais tranquilas quando lhes foi mencionado o nome do profissional de referência que havia indicado seu nome ou quando, durante o encontro presencial, o entrevistador lhes apresentou documentos de identificação (crachá funcional de Contagem, carterinha de estudante da UFMG). Foram realizadas duas entrevistas em modalidade de visita domiciliar.

Quando se atentou para o estranhamento provocado pela situação anteriormente descrita, passou-se a propor que o encontro presencial ocorresse em lugar alternativo ao domicílio do participante, tal como uma praça do bairro ou parque público em local próximo. Percebe-se que este procedimento aumentou o conforto das pessoas contatadas com a situação proposta, que tendiam a aceitar melhor o convite. Com essa nova estratégia de recrutamento quatro entrevistas foram realizadas, fazendo uso de lugares públicos e abertos nos quais foi possível sentar e conversar com os participantes.

Entretanto, rapidamente se percebeu que havia uma questão de gênero importante que estava tendo efeitos neste momento de contatar participantes: duas mulheres verbalizaram não se sentir confortáveis de se encontrar desacompanhadas com um homem desconhecido, mesmo em uma praça pública. Neste ponto, atentos aos efeitos de gênero observados na própria situação de recrutamento, passou-se a propor que a entrevista fosse realizada na própria UBS de referência da participante, em dia e horário comercial, de modo que a entrevista ocorresse em sala separada sim mas em dia no qual a unidade estaria repleta de profissionais por ela conhecidos. Isto permitiu maior conforto para entrevistadas do gênero feminino. Uma das entrevistadas que recusou o convite para conversar na praça e depois aceitou quando foi ofertado conversar na própria UBS trouxe uma história repleta de abuso e violação, confirmando a compreensão de que um atravessamento de gênero estava produzindo efeito já no recrutamento dos participantes. Nesta modalidade foram realizadas 04 entrevistas.

Dessa forma, considerando os aprendizados trazidos pela própria execução da pesquisa, em dia, local e hora previamente acordados, foram apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa, sua metodologia e procedimentos, bem como os riscos e benefícios da participação. Também foi assegurado o sigilo das informações fornecidas e a independência entre entrevista e o processo de acompanhamento em saúde mental. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, ver “Apêndice B”) foi apresentado e eventuais dúvidas foram esclarecidas, de maneira que, com a aceitação, o TCLE foi assinado em duas vias e a entrevista foi realizada. É preciso registrar que as entrevistas foram gravadas em áudio com o consentimento dos participantes por meio de um *smartphone*.

No total, 10 usuários dos serviços de saúde mental da atenção básica de Vargem das Flores foram entrevistados. A depender da dinâmica durante a entrevista, da avaliação do pesquisador e do aceite do entrevistado, foi ofertada a alguns participantes a possibilidade de uma segunda conversa, de modo a melhor explorar e aprofundar a riqueza de seu relato durante a primeira entrevista. Entretanto, em momento subsequente, quando foram contatados novamente para um segundo encontro, avaliou-se que os entrevistados não desejavam uma segunda conversa, com relatos de indisponibilidade ou pedidos reiterados de remarcações. Mesmo assim, o material reunido a partir das entrevistas realizadas foi avaliado como rico e suficiente para o estudo, conforme critério de saturação definido, a ser discutido adiante.

Aos participantes da pesquisa sempre foi garantida e informada a possibilidade de recusar ou desistir da participação a qualquer tempo sem quaisquer prejuízos para si mesmos ou para outras pessoas, assim como para o seu tratamento em saúde mental. Apesar dos desafios que foram sendo descritos até aqui, pode-se afirmar que aproximadamente a cada três pessoas que eram indicadas pelas equipes, ao menos uma aceitava participar da pesquisa. Após a realização de cada uma das entrevistas, o aluno entrevistador procedia com anotações e registros em um Diário de Campo. As etapas seguintes do estudo foram a transcrição do material que foi gravado em áudio e a análise dos dados propriamente dita.

A transcrição dos arquivos de áudio oriundos das entrevistas foi realizada em pelo menos 03 etapas: a) transcrição automática realizada por *softwares* de inteligência artificial especializados em transcrever arquivos de áudio (Descript⁹, TurboScribe¹⁰); b) leitura e conferência simples da

⁹Inteligência artificial especializada na transcrição de áudios e vídeos. Disponível em: <https://www.descript.com/>

¹⁰ Inteligência artificial especializada na transcrição de áudios. Disponível em: <https://turboscribe.ai/pt/>

formatação textual da transcrição confeccionada pelos *softwares* de transcrição, adequando corretamente quem era o locutor da fala transcrita, procedendo-se com correções de pontuação, parágrafos, concordância e coerência com a linguagem falada; c) uma vez realizadas as etapas anteriores, o pesquisador responsável pela análise dos dados escutava novamente cada uma das entrevistas e realizava um trabalho de conferir se a transcrição resultante das duas etapas anteriores estava ajustada com o arquivo de áudio originado da entrevista.

Durante a apresentação dos resultados desta pesquisa, optou-se pela utilização de nomes fictícios para representar os participantes do estudo. Cada um dos nomes citados foram criados pelos pesquisadores, sem quaisquer correspondências com os nomes reais dos participantes, medida adotada para garantir o sigilo necessário para o anonimato das pessoas que aceitaram participar do estudo, mantendo o compromisso firmado com elas logo durante as primeiras abordagens.

4.2 Instrumentos para coleta de dados

O principal instrumento de coleta de dados desta pesquisa foi a Entrevista Narrativa (EN). Os dados coletados com a entrevista narrativa foram enriquecidos e complementados por meio do uso de instrumentos secundários e complementares, como um formulário de dados sociodemográficos e registros do entrevistador em Diário de Campo, todos orientados pelos objetivos da pesquisa e da perspectiva da interseccionalidade. No “Apêndice C” o roteiro de entrevistas e o formulário de dados sociodemográficos podem ser conferidos, uma vez que foram elaborados de maneira “integrada” e em um único documento. Transcrições das anotações do pesquisador em Diário de Campo podem ser conferidas no “Apêndice D”.

A técnica da Entrevista Narrativa tem se mostrado uma ferramenta útil aos propósitos de compreender os itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico devido ao seu poder em gerar histórias e não respostas isoladas a um conjunto de perguntas do entrevistador, como usualmente ocorre em entrevistas. A EN encoraja o entrevistado a contar espontaneamente algum acontecimento importante de sua vida, ou até mesmo toda sua história, até que ele mesmo indique que finalizou sua narrativa. A Entrevista Narrativa tem como pressuposto que o entrevistado melhor se revela nas histórias nas quais usa sua própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos. (Moreira, Bosi & Soares, 2016).

A elaboração do roteiro de entrevista seguiu sugestões feitas por Moreira, Bosi e Soares, (2016) sobre o uso da técnica de Entrevista Narrativa na pesquisa de itinerários terapêuticos. Dessa forma, a situação encorajadora inicial foi realizada de maneira propositalmente aberta, provocadora de uma narração mais livre e menos diretiva. As questões foram colocadas de maneira a provocar uma verdadeira contação de histórias, tal como: "Eu gostaria de conhecer a sua história desde que você começou a ter um sofrimento mental e saber como buscou ajuda para cuidar deste problema" (Moreira, Bosi & Soares, 2016, p. 234).

Após a primeira narração, perguntas foram endereçadas ao entrevistado visando obter esclarecimentos sobre o conteúdo relatado, principalmente alusões, ambiguidades, lacunas e passagens pouco claras. Em seguida, foram feitas perguntas de cunho descritivo sobre situações, pessoas, hábitos, instituições e outros elementos suscitados no relato do informante. As perguntas se referiram tanto aos acontecimentos mencionados na história, quanto aos tópicos do projeto de pesquisa, com o emprego da linguagem do próprio do informante (Moreira, Bosi & Soares, 2016).

O formulário de dados sóciodemográficos foi elaborado intencionalmente como se fosse uma entre as perguntas da entrevista, uma vez que ele “prepara o terreno” para a última pergunta do roteiro, que tenta sondar aspectos ligados às matrizes de opressão e/ou privilégios possivelmente vividos pelo entrevistado. O Diário de Campo foi utilizado como um recurso adicional para registro de dados que não apareceram verbalmente nos relatos dos participantes, registrando efeitos e afetações do encontro no próprio pesquisador, reflexões provocadas pela entrevista, movimentos do participante observados desde o primeiro contato telefônico até o aceite em compor o estudo, informações sobre a postura e comportamento do entrevistado durante a conversa em si, bem como observações realizadas durante a visita domiciliar, o encontro na praça ou na UBS. É interessante notar que o recurso ao Diário de Campo permitiu construir relatos muito visuais da cena da entrevista, o que de fato enriquece aquilo que se obteve com o próprio discurso dos participantes.

Demétrio, Santana & Pereira-Santos (2019, p. 213) chamam a atenção para o fato de que “os caminhos percorridos pelos sujeitos na tentativa de solucionar algum problema de saúde são carregados de significados e mediados pelas experiências, inseridos em complexas redes de relações sociais”. Segundo os autores, os itinerários terapêuticos compreendem os múltiplos sentidos que os sujeitos atribuem ao processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, considera-se que as estratégias metodológicas elaboradas permitem uma boa aproximação com o fenômeno de

interesse. Afinal, o aparato metodológico foi todo estruturado para fazer o sujeito falar a partir de sua própria experiência, a partir de seu próprio mundo simbólico (Moreira, Bosi & Soares, 2016).

4.3 Amostragem

É preciso destacar desde o início que a amostragem desta pesquisa foi do tipo intencional. Segundo Patton (1990, p. 230), “talvez nada capture melhor a diferença entre os métodos quantitativos e qualitativos do que as diferentes lógicas que sustentam as abordagens amostrais”. Os critérios a que os estudos qualitativos visam não obedecem aos mesmos padrões de distribuição de parâmetros estatísticos, biológicos ou dos fenômenos naturais em geral como procedem as pesquisas quantitativas. Pelo contrário, a seleção dos elementos decorre, sobretudo, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto e fenômeno de interesse, algumas delas em contínua construção histórica (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

O que seria um “viés” na amostragem estatística e, portanto, uma fraqueza, torna-se o foco pretendido na amostragem qualitativa e, portanto, um ponto forte. A lógica e o poder da amostragem intencional residem na seleção de casos ricos em informação para estudo aprofundado. Casos ricos em informação são aqueles com os quais se pode aprender muito sobre questões de importância central da investigação, daí o termo amostragem intencional. Estudar casos ricos em informação produz *insights* e uma compreensão mais aprofundada do que generalizações empíricas [tradução nossa] (Patton, 1990, p. 230)¹¹.

Para Patton (1990), a amostragem intencional foca em selecionar casos ricos em informação capazes de iluminar questões que estão sob estudo. Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 20), por sua vez, colocam que nos estudos qualitativos a questão “quantos?” é de importância secundária em relação à questão “quem?”, afinal, “o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos [...], mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles”.

Dessa forma, destaca-se que, durante todo o processo de abordagem das equipes da atenção básica para indicação de participantes, esteve colocada a intencionalidade de que estivessem presentes entre os participantes da pesquisa, e na medida do possível, pessoas brancas e negras, residentes em área rural e em área urbana, pessoas com e sem suporte familiar, pessoas que fossem

¹¹ No original, lê-se: “What would be “bias” in statistical sampling, and therefore a weakness, becomes intended focus in qualitative sampling, and therefore a strength. The logic and power of purposeful sampling lie in selecting information-rich cases for study in depth. Information-rich cases are those from which one can learn a great deal about issues of central importance of the inquiry thus the term purposeful sampling. Studying information-rich cases yields insights and in-depth understanding than empirical generalizations (Patton, 1990, p. 230)

cisgênero e também pessoas transgênero, adultos jovens, de meia idade e também idosos. Esta escolha justifica-se pelo paradigma interseccional que fundamenta a abordagem do estudo, de modo que a própria escolha dos participantes pudesse contribuir para atingir os objetivos a que se propôs, de maneira alinhada com seus pressupostos teórico-metodológicos. Contudo, é preciso registrar que, apesar da insistência dos pesquisadores, as equipes retornavam a informação de que não conseguiam se lembrar de pessoas trans que tivessem apresentado um quadro de sofrimento psíquico e estivessem em acompanhamento psicossocial nos serviços de atenção primária.

Enquanto critérios de inclusão, foram convidadas a fazer parte da pesquisa pessoas adultas (18 anos completos ou mais) e consideradas legalmente capazes, indicadas pelas equipes da atenção básica, que possuísem histórico de sofrimento psíquico e que estivessem em acompanhamento em saúde mental na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores. O fechamento amostral foi definido pelo critério de saturação, considerando o objeto e objetivos da pesquisa (Fontanella, Ricas e Turato, 2008).

Considerando tanto individualmente quanto em conjunto o relato dos entrevistados, percebe-se que pôde-se chegar a casos ricos em informação para a realização das entrevistas. Destaca-se, ainda, que a técnica de Entrevista Narrativa foi responsável por obter informações aprofundadas e detalhadas sobre seus itinerários terapêuticos, de modo que cada uma das entrevistas produziu, em média, um arquivo de vinte laudas de texto. Assim, tais considerações permitem visualizar que as orientações dadas por autores como Patton (1990), Fontanella, Ricas & Turato (2008), referenciadas acima, são válidas para a amostragem deste estudo.

Enquanto critérios de exclusão, estabeleceu-se que não poderiam fazer parte do estudo aqueles sujeitos que, no momento da coleta de dados, estivessem em uma crise psiquiátrica e/ou estivessem em uma modalidade de tratamento mais intensiva (hospitalidade noturna / internação) no CAPS, hospitais e/ou comunidades terapêuticas. Também foi excluída a possibilidade de participação de sujeitos que tivessem idade inferior a 18 anos ou fossem considerados legalmente incapazes.

Dessa forma, a amostra final do estudo foi composta por 10 mulheres e homens, todas pessoas adultas, cisgêneros, brancas, pardas, negras e de ascendência indígena, residentes de zonas rurais e urbanas, com histórico de sofrimento psíquico e que estavam em acompanhamento em saúde mental na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores, município de

Contagem-MG. Informações detalhadas e aprofundadas sobre os participantes do estudo serão apresentadas na seção de resultados e discussão.

4.4 Metodologia de análise dos dados

Uma vez que as entrevistas foram concluídas e transcritas, teve início a etapa de análise dos dados de pesquisa. Segundo Poupart et al. (2012, p. 140) “a etapa da análise consiste em encontrar um sentido para os dados coletados e em demonstrar como eles respondem ao problema de pesquisa”. Dessa forma, o pesquisador organiza seus dados com a ajuda de um quadro descritivo e interpretativo, retirando da literatura os conceitos e as metáforas pelos quais poderá interpretar um dado opaco.

No momento de análise dos dados, especial atenção foi dada à noção de experiência do sujeito que veio a adoecer. A intenção é poder explorar as modalidades de práticas, de materialidades e eventos da doença como um fenômeno vivido em diferentes espaços e situações. A experiência do sujeito está ligada às relações entre sujeito e objeto, mais especificamente, nos significados que os unem e fazem o objeto aparecer para o sujeito de certa maneira. É a maneira de aparecer do objeto que constitui seu significado (Alves, 2016).

Não se deve esquecer que a doença constitui um problema, no sentido que solicita ao sujeito a aquisição e desenvolvimento de um acervo de conhecimento (e práticas) para lidar com as restrições provocadas pelo estado de saúde em que se encontra. É importante chamar a atenção para o fato de que a doença causa uma ruptura na vida de um indivíduo, a ponto de o passado e o futuro aparecerem sob outra perspectiva. Por estabelecer uma fenda com o passado, a doença requer a necessidade de reencontrá-lo mediante uma narrativa (Alves, 2016).

Itinerários terapêuticos referem-se, portanto, a formas de recuperar os caminhos percorridos no enfrentamento de alguma condição de saúde particular. Desse modo, o construto permite compreender como se deram o processo de adoecimento e a busca por cuidados, como a experiência foi interpretada pela própria pessoa e sua família e quais significados o evento tem em suas vidas (Moreira, Bosi & Soares, 2016, p. 224).

A análise dos dados oriundos desta pesquisa se deu a partir da técnica delineada por Braun e Clarke (2021), denominada “Análise Temática Reflexiva” (no inglês, “*Reflexive Thematic Analysis*”). A Análise Temática Reflexiva (AT) se destaca enquanto uma técnica que permite trabalhar com dados qualitativos, enfatizando a importância da subjetividade do pesquisador como um recurso analítico, assim como seu engajamento reflexivo com a teoria, com os próprios dados

e a interpretação elaborada. Segundo as autoras, a metodologia está intimamente afinada com os pressupostos contidos no paradigma qualitativo em pesquisa:

A AT ‘reflexiva’ capta abordagens que abraçam plenamente os valores da investigação qualitativa e as competências subjetivas que o investigador traz para o processo – uma equipe de pesquisa não é necessária nem mesmo desejável para a qualidade do processo. A análise, que pode ser mais indutiva ou mais teórica/dedutiva, é um processo reflexivo interpretativo situado. A codificação é aberta e orgânica, sem uso de qualquer estrutura de codificação. Os temas devem ser o “resultado” final da codificação de dados e do desenvolvimento iterativo do tema [tradução nossa] (Braun & Clarke, 2021, pp. 333-334)¹².

A concepção mais recente elaborada pelas autoras da Análise Temática Reflexiva constitui um processo de seis fases que envolve desde a codificação até o desenvolvimento dos temas finais da pesquisa. As diferentes fases descritas são: 1) familiarização com os dados de pesquisa e redação de notas de familiarização; 2) codificação sistemática dos dados obtidos; 3) geração de temas iniciais a partir dos dados codificados e compilados; 4) desenvolvimento e revisão de temas; 5) refinar, definir e nomear os temas que se originaram dos dados e das etapas anteriores; e 6) redação do relatório de pesquisa (Braun & Clarke, 2021).

Segundo Braun e Clarke (2021), o processo analítico envolve uma verdadeira imersão nos dados, com leitura, reflexão, questionamento, imaginação, novos questionamentos, escrita, recuo, retorno aos dados; estando longe de ser um processo mecânico. Diferentemente dos delineamentos mais associados ao positivismo em pesquisa, qualquer tentativa de demonstrar fidedignidade da codificação temática e evitar possíveis “vieses” é ilógica, incoerente e sem sentido quando se está inserido em um paradigma qualitativo e na AT reflexiva. Nesta o significado e o conhecimento são entendidos como situados e contextuais, de modo que a subjetividade do investigador é concebida como um recurso a mais para a produção de conhecimento, esculpindo o saber produzido, ao invés de configurar uma ameaça à credibilidade da pesquisa.

Entretanto, Braun e Clarke (2021) postulam que os investigadores devem sempre refletir e especificar os pressupostos filosóficos e teóricos que fundamentam a sua utilização da Análise Temática Reflexiva. Apesar de ser reconhecida como uma abordagem teoricamente flexível, uma vez que pode ser realizada com teorias orientadoras distintas, evidenciar as suposições paradigmáticas, epistemológicas e ontológicas que estão sendo feitas é fundamental porque isto

¹² ‘No original, lê-se: “‘Reflexive’ TA captures approaches that fully embrace qualitative research values and the subjective skills the researcher brings to the process – a research team is not required or even desirable for quality. Analysis, which can be more inductive or more theoretical/deductive, is a situated interpretative reflexive process. Coding is open and organic, with no use of any coding framework. Themes should be the final ‘outcome’ of data coding and iterative theme development” (Braun & Clarke, 2021, pp. 333-334).

inevitavelmente tem papel na análise, uma vez que a pesquisa e a teoria utilizada fornecem as lentes através das quais os dados são analisados e interpretados.

Neste ponto, conforme discutido acima, é importante evidenciar princípios chave nos quais a interseccionalidade se baseia, uma vez que estes tiveram participação na etapa de análise dos dados. Afinal, a construção dos sentidos daquilo que está na fala dos sujeitos foi realizada a partir de um cotejamento com a fundamentação teórica deste estudo, detalhada anteriormente. Dessa forma, a abordagem interseccional utilizada nesta pesquisa utiliza os seguintes orientadores destacados do guia fornecido por Hankivsky (2014):

1) As vidas humanas são complexas e multidimensionais, não podendo ser explicadas tendo em conta categorias únicas (ex: gênero, raça, classe), de modo que as realidades vividas são moldadas por diferentes fatores e dinâmicas sociais que operam em conjunto.

2) Ao analisar problemas sociais, a importância de qualquer categoria não pode ser predeterminada; as categorias e sua importância devem ser descobertas no processo de investigação.

3) As relações e as dinâmicas de poder entre locais e processos sociais (por exemplo, racismo, classismo, heterossexismo, capacitismo, preconceito de idade, sexismo) estão interligadas, podem mudar com o tempo e são diferentes dependendo das configurações geográficas.

4) As pessoas podem experimentar ao mesmo tempo privilégios e opressões, dependendo da situação ou contexto específico em que se encontram.

5) Durante a construção das análises, é importante a consideração por experiências individuais e estruturas e sistemas mais amplos, uma vez que isto permite revelar como as relações de poder são moldadas e vivenciadas.

6) Acadêmicos e pesquisadores devem considerar a sua própria posição social, papel e poder ao adotarem uma abordagem interseccional e conduzirem suas pesquisas.

7) A interseccionalidade está explicitamente orientada para a transformação social, para a construção de coalizões entre diferentes grupos e para o trabalho em prol da justiça social.

Collins e Bilge (2020) destacam o uso da interseccionalidade como ferramenta analítica capaz de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. A riqueza do método está no que a interseccionalidade faz, naquilo que ela opera. Segundo as autoras, a interseccionalidade está em toda parte e é poliglota, pois fala tanto a língua do ativismo

político e da organização comunitária quanto a da academia e das instituições científicas. Neste sentido, deve-se rejeitar uma falsa divisão entre academia e ativismo, ou entre o pensar e o fazer, visto que a interseccionalidade como forma de investigação e práxis críticas pode ocorrer em qualquer lugar. Afinal, o pensamento crítico certamente não se limita ao âmbito da academia, assim como o engajamento político não se encontra apenas nos movimentos sociais ou nos movimentos sociais comunitários (Collins & Bilge, 2020).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Participantes do estudo: perfil sociodemográfico

O presente estudo foi realizado a partir do encontro com 10 pessoas adultas, sendo 04 homens e 06 mulheres, todos cisgênero. Assim como descrito na seção de metodologia, a identidade dos participantes foi mantida em sigilo, optando-se pela utilização de nomes fictícios ao invés de códigos. Todos os nomes aqui mencionados foram escolhidos pelos pesquisadores e não possuem correspondências com os reais. Os dados aqui apresentados são oriundos do formulário de dados sociodemográficos preenchido junto com os participantes no momento das entrevistas e começam a desenhar um panorama descritivo que permite entrever marcadores sociais de diferenciação para os quais especial atenção é voltada nesta pesquisa.

A idade média dos participantes foi de 51,4 anos. Tomado de maneira coletivizada, percebe-se pouca variação entre as idades dos entrevistados, estando todos na mesma fase de vida. Destaca-se que a idade dos participantes variou entre 41 anos, para o participante mais novo, e 61. Sete dos dez participantes nasceram no estado de Minas Gerais, enquanto outros três nasceram, respectivamente, na Bahia, no Espírito Santo e no Paraná. No quesito raça/cor, 04 participantes da pesquisa eram pretos, 04 eram pardos, 01 branco e 01 indígena. Nota-se uma amostra predominantemente negra.

Este dado torna-se interessante quando se leva em consideração suas intersecções. Metade dos participantes da pesquisa eram moradores da zona rural de Vargem das Flores. A maioria da amostra do estudo descreveu-se como heterossexual. Um dos homens, contudo, afirmou uma sexualidade homossexual, sendo também o único que se identificou como indígena. Uma das mulheres, francamente deprimida, referiu não se sentir atraída por ninguém.

Todos os entrevistados que afirmaram ter uma religião referiram ligação com as igrejas evangélicas. Àqueles que afirmaram não possuir uma religião, descreveram-se somente como cristãos. Uma melhor apresentação das características dos participantes da pesquisa pode ser melhor visualizada na Tabela 1, disponibilizada à seguir:

Tabela 1. Quadro de participantes x perfil sociodemográfico

Nome Fictício	Raça/Cor	Orientação sexual	Naturalidade	Escolaridade	Ocupação e Renda	Outras fontes de Renda	Renda Familiar	Renda per capita	Quem gere ou concentra a renda	Quem pode acessar a renda	Zona	Espiritualidade / Religiosidade
Manuel Ramos	Branca	Heterossexual	Lajedo do Tabocal - BA	Estudou até a 6ª Série	Aposentado (BPC)	----	R\$ 1518,00	R\$ 1518,00	O próprio	O próprio	Rural	"Cristão"
Rita	Preta	Heterossexual	Tabaúna-MG	Estudou até a 3ª Série	Aposentada (BPC)	Tem empréstimo no BPC. Complementa carpindo lote	R\$ 1400,00	R\$ 466,66	A própria	A própria	Rural	Evangélica
Cármem	Parda	Não sente atraída por ninguém	Conselheiro Pena - MG	Estudou até a 3ª Série	Aposentada (BPC)	----	R\$ 1518,00	R\$ 759,00	A própria	A própria	Rural	Evangélica
Helenice	Parda	Heterossexual	Pinheiros - ES	Estudou até 5ª Série	Do lar	Trabalho da filha	R\$ 1800,00	R\$ 600,00	A filha	A filha	Urbana	Crê em Deus
Fagner	Parda	Heterossexual	Mantena - MG	Ensino Médio Completo	Aposentado (Invalidez)	Trabalho da esposa e do filho	R\$ 6000,00	R\$ 2000,00	Esposa	Todos (ele, esposa, filho)	Urbana	Evangélico
Isabela	Preta	Heterossexual	Contagem - MG	Ensino Médio Completo	Auxílio Doença	----	R\$ 1518,00	R\$ 518,00	Sobrinha / Pai	Sobrinha	Urbana	Evangélica
Rúbia	Preta	Heterossexual	Belo Horizonte	Ensino Fundamental Completo	Trabalha como Serviços Gerais	Trabalho do esposo e do filho	R\$ 6000,00	R\$ 1500,00	A própria / marido	Todos (ela, marido, filho)	Urbana	Evangélica
Cláudio	Indígena	Homossexual	Tupassi - PR	Ensino Superior Completo	Professor aposentado por invalidez	----	R\$ 2000,00 (Valor líquido, reduzido empréstimos)	R\$ 2000,00	O próprio	O próprio (ajuda a mãe, faz doações)	Rural	Evangélico
Keren	Parda	Heterossexual	Dores do Indaiá - MG	Ensino Médio Completo	Desempregada	Bolsa Família	R\$ 600,00	R\$ 600,00	A própria	A própria	Urbana	Não frequenta religião, se sente conectada com Deus
Antônio Carlos	Preta	Heterossexual	Belo Horizonte - MG	Ensino Médio Incompleto	Estava aposentado, aposentadoria foi cortada	Bolsa Família, aposentadoria dos pais	R\$ 3600,00	R\$ 900,00	O pai	Acessa pouco, contribui em casa com seu Bolsa Família (sobra cerca de 200 para si)	Rural	Evangélico

(Fonte: Elaboração própria)

Os participantes desta pesquisa, em sua totalidade, possuem histórico de adoecimento psíquico e acompanhamento em saúde mental na atenção básica de Vargem das Flores, trajetória que não pode ser dissociada de seus contextos sociais e materiais de existência. Mesmo a partir de uma rápida visualização dos dados de ocupação e renda dos participantes, nota-se que a maior parte deles têm como fonte de renda benefícios previdenciários (aposentadorias por invalidez, auxílio doença) e/ou da assistência social, tais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Bolsa Família. Isto demonstra que os participantes estão conseguindo, minimamente, acessar benefícios da seguridade social aos quais fazem direito. Entretanto, alguns aspectos importantes associados a esse dado precisam ser melhor considerados.

É preciso discutir que boa parte dos participantes não estão inseridos no âmbito do trabalho, o que também pode reduzir seus espaços de sociabilidade e convivência, assim como o desempenho do papel social e construção de identidades possibilitados pela vida laborativa. Entre os entrevistados, apenas Rúbia está inserida no mercado de trabalho, ainda que em um trabalho com o qual não se identifica, uma vez que disse ser “cozinheira de profissão” que está trabalhando como “serviços gerais”.

Helenice, por sua vez, não está trabalhando e ainda não é beneficiária de qualquer benefício da previdência social e sobrevive a partir dos rendimentos do trabalho de uma das filhas. Trabalho e sofrimento psíquico apresentam entre si uma relação complexa e multifacetada, que será retomada adiante a partir de resultados das entrevistas. Seja como for, as pessoas entrevistadas acabam se tornando muito mais vulneráveis à alterações políticas justamente por essa condição de maior dependência de benefícios sociais. É o caso ilustrado por Antônio Carlos, que teve sua aposentadoria cortada de maneira repentina e sem aviso prévio pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e, uma vez que utiliza parte de seu Bolsa Família para contribuir no custeio do lar, fica com menos de R\$ 200,00 mensais para si mesmo.

Uma diversidade de arranjos faz referência à complexidade das estratégias de gestão da vida. Helenice, Isabela, Fagner e Antônio Carlos têm suas rendas geridas por outras pessoas. Enquanto para Fagner trata-se de uma escolha familiar, como foi dito, Helenice está sem renda e sobrevive com ajuda da filha. Isabela não se sente em condições de gerir o próprio dinheiro e conta com a ajuda de uma sobrinha para administrar o próprio lar. Antônio Carlos, por sua vez, reside com os pais, descreve o pai como “o chefe” da família e é este quem administra o dinheiro.

Dados relativos à renda dos participantes e a possibilidade de acessar e gerir o dinheiro adquirem importância ao se refletir sobre o grau de autonomia que possuem, uma vez que estão inseridos em um sistema capitalista no qual o dinheiro permite o acesso a bens e serviços diversos. Compreender os itinerários terapêuticos dessas pessoas significa, portanto, necessariamente considerar essas profundas marcas sociais que estruturam não apenas o seu acesso aos serviços de saúde, mas a própria experiência do sofrimento.

O perfil do grupo é majoritariamente composto por mulheres negras (pretas e pardas) de meia-idade, com baixa escolaridade formal e renda vinculada a benefícios assistenciais ou aposentadorias de baixo valor. Esta composição já sinaliza a sobreposição de marcadores sociais como raça, gênero e classe na produção de vulnerabilidades que, como será discutido adiante, apresentaram efeitos na experiência de adoecimento psíquico das pessoas que participaram da pesquisa.

Esta pequena apresentação sociodemográfica, contudo, possui função apenas introdutória e é insuficiente para dar conta da riqueza de cada um dos encontros com essas pessoas. À seguir, a aspreza dos números vai dando lugar a um discurso mais fluido e narrativo, elaborado a partir de registros em Diário de Campo, reflexões e compreensões retiradas das entrevistas, de modo a construir uma seção de texto com função de realmente apresentar cada um dos participantes e o encontro destes com o pesquisador, em um esforço de sumarizar a cartografia de seus itinerários terapêuticos.

5.2 Entre nós: encontro com os participantes e seu caminhar pela rede

Na sequência, o encontro com cada um dos entrevistados será apresentado, entrelaçando um discurso mais descritivo acerca de como se deu esse contato com um tom mais reflexivo, já realizado a partir de abstrações provocadas no pesquisador a partir de cada entrevista. Nesta seção, o leitor vai encontrar ilustrações que realizam o trabalho de (re)construir os itinerários terapêuticos vividos pelos participantes. A linha e a agulha fazem referência a uma metáfora na qual o sujeito é o próprio alfaiate de seu percurso, dando pontos e amarrações singulares, sempre à partir das condições (materiais) encontradas. Diferentes cores de linha foram utilizadas quando era necessário demarcar que o trajeto faz alusão a momentos ou ciclos diferentes naquele percurso.

5.2.1 Manuel Ramos

O encontro com Manuel Ramos ocorreu em Fevereiro de 2025 e configura o ponto de partida para toda a coleta de dados. Realizada em modalidade de Visita Domiciliar, esta entrevista em específico já começa com aprendizados importantes. Manuel Ramos é um homem branco de 61 anos que trabalhou boa parte da vida como comerciante e, após a separação com a ex-mulher, se tornou morador de uma zona rural de Vargem das Flores.

Nascido na região de Caatinga na Bahia, no momento da entrevista encontrava-se sobrevivendo à partir da renda possibilitada pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), por ainda não atingir o critério de idade para uma aposentadoria, apesar de já possuir tempo suficiente de contribuição. Ainda que tenha sido receptivo desde o primeiro contato, Manuel Ramos demonstra insegurança no momento do encontro, chega a cogitar que o entrevistador pertencesse ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS):

Quando ligo para o entrevistado, descubro que ele estava dormindo: eu havia esquecido de ligar confirmando a entrevista (como ele havia me pedido). Aguardo alguns minutos e ele vem ao portão me receber. Me deparo com um homem branco, alto, bastante magro e de olhos azuis. Na primeira interação, ele tenta checar minha identidade, me pergunta se eu trabalho na prefeitura, faz algumas perguntas pessoais para saber mais ou menos quem eu era (idade, se é casado). Assumo uma postura tranquila e respondo a tudo com bastante honestidade. Neste momento, estar em posse de um crachá de trabalhador de Contagem e uma carteirinha de estudante da UFMG me permitiu provar ser quem eu era. Tranquilizado, Manuel Ramos me leva para a cozinha de sua casa, oferece café e água, conta que se separou da esposa ano passado e desde então mora sozinho e de aluguel. (Registro do pesquisador em diário de campo)

Manuel Ramos é um homem bastante inteligente e, de modo geral, com muita experiência de vida. Fala com bastante orgulho sobre sua trajetória profissional no comércio de materiais para construção. Diz ter se tornado adulto muito cedo por força de experiências realmente difíceis na infância. Começou o consumo de cigarros e álcool ainda na adolescência e, à partir dos 30 anos de idade, desenvolveu um padrão de uso de bebidas alcoólicas extremamente prejudicial. Em seus relatos, diz que costumava beber cerca de 03 litros de uísque por dia. Apresentava uma queixa antiga de insônia, conseguia perceber prejuízos em sua saúde clínica, e, apesar da insistência de familiares, tinha certa resistência em procurar ajuda profissional.

Refere ter iniciado o uso de medicação psicotrópica pegando comprimidos que a ex-mulher já utilizava para dormir, registro datado de há pelo menos 30 anos. Diz ter frequentado consultas médicas e psicológicas no setor particular, entretanto, como o uso de álcool não lhe trazia prejuízos na vida funcional, mantinha-se em uso, vivendo e trabalhando. Narra uma cena intrigante na qual

a esposa o levou para uma consulta e ele, ainda embriagado, fugiu do consultório do doutor a pé e deu um jeito de voltar para casa.

A intervenção que o leva a aceitar a proposta de cuidado sugerida pelos familiares vêm de dois patrões. Interessante destacar que Manuel fala sobre os patrões como verdadeiras figuras paternas. O primeiro, em determinado dia o chama e, com respeito, mas também de maneira direta, lhe diz que “está na hora de procurar ajuda”. Segundo Manuel, por já estar incomodado por não se sentir escutado naquela empresa, acaba trocando de trabalho. Troca de emprego e uma segunda vez o chefe lhe diz que ele precisava procurar ajuda para o “problema de alcoolismo”. Segundo seus relatos, a ex-mulher conhecia o chefe do novo emprego e o alertou do problema.

Dessa forma, aceita ser levado pela família para uma internação em Comunidade Terapêutica, ocorrida há 15 anos. Chega lá acreditando que ficaria um mês, afinal, fora enganado pela família. Porém, a partir de um posicionamento muito próprio, “faz um acerto com Deus” e realmente interrompe o uso de bebidas alcoólicas, reduzindo também o tabaco. Torna-se uma figura de liderança dentro da Comunidade Terapêutica, estuda e implanta dentro do local a estratégia de tratamento utilizada pelos Alcoólicos Anônimos e, após seis meses, deixa a internação. Tornou-se abstinente de bebidas alcoólicas e manteve seu acompanhamento na atenção básica com a médica clínica. Após todo esse histórico, só em passado recente (há aprox. 3 anos) começou a ser acompanhado ambulatorialmente pela psiquiatria do território. A Figura 2 ilustra e sintetiza o Itinerário Terapêutico descrito por Manuel Ramos.

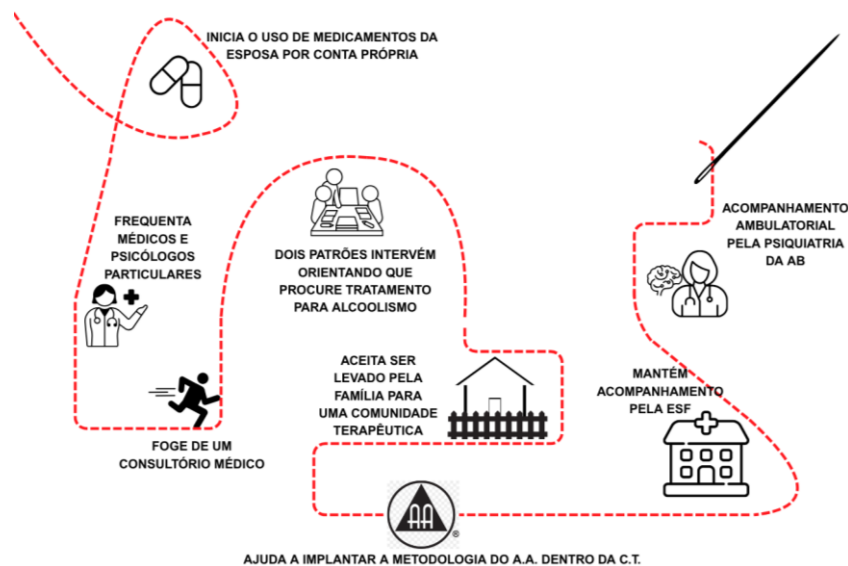


Figura 2. Itinerário Terapêutico de Manuel Ramos (lapso de 30 anos)

O encontro com Manuel Ramos provoca reflexões sobre a autonomia do sujeito nas escolhas de seu tratamento. Em seu itinerário, apesar da insistência da família, Manuel foi fazendo somente aquilo que lhe parecia importante e na hora em que essa importância lhe aparecia. Sua posição autodeterminada se repete em relatos atuais, por exemplo, a psiquiatra lhe prescreve um novo medicamento e ele não toma por sentir medo de possíveis efeitos colaterais, ou o filho envia para ele uma outra medicação por correio para que ele “experimente” a mesma.

Quer ver esse tanto de remédio que eu tenho aqui? Dá licença, só um pouquinho, deixa eu pegar aqui (Pega uma caixa com remédios). [trecho distante]. Clonazepam você já sabe o que que é né? Não precisa nem eu falar. Esse eu nem abri. O meu filho que mandou para mim, ele até sem receita. Eu vou até abrir agora. Esse aqui, ele remédio para isso, né? Olha aqui. É isso? (...) Trazodona. Clonidato de trazodona. Não tomei. Olha aqui, a caixa está até lacrada aqui, ó. Sim. Ó, está vendo? Por quê? Porque eu estava tomando... Vamos ver se tem aqui... E ela me passou esse recente. Só que eu não arrisquei de tomar, fiquei com medo. (Pergunta do entrevistador: Você teve medo de quê?) Da reação do remédio. Teve um que eu tomei que eu fiquei bêbado, joguei até fora. Acabava de tomar não conseguia parar nem em pé. A gente não conseguia ter acesso nem ao banheiro. (Examina a caixa). Eu não tomei, tá vendo? Esse meu filho que me mandou. Ele usa isso aqui... (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco).

Apesar da prescrição médica, Manuel mantém consigo uma caixa de remédios e faz uma avaliação sua sobre qual irá, de fato, tomar ou não. Essa dimensão aparece também nos relatos em que Manuel consegue localizar que ter atingido a abstinência de bebidas alcoólicas surge mais de um posicionamento seu do que da internação em uma instituição em si. Ele chega a verbalizar o que aqui está sendo discutido enquanto fala sobre a experiência de um colega de internação que, anos depois de ter participado da estratégia dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos por ele conduzida, veio lhe agradecer por ter “salvado” seu casamento:

A gente não fala nomes de ninguém, a gente não escreve para ninguém, a gente não liga para ninguém. Nós tínhamos autorização de ter telefone endereço e tudo, mas nós não escrevemos, só o moço lá do Patos de Minas, que eu tenho uma carta que ele mandou para mim uma vez me agradecendo, me chamando, dizendo que fui o cara que salvou o casamento dele, eu fui a pessoa que salvou o casamento dele. Eu falei: quem salvou foi você. Porque a gente entra para a clínica, não é a clínica que te curou, não são os remédios que te curaram. Você vai lá, a procura de ajuda. O remédio, por exemplo, que eu tomo, o clonazepam, mas eu durmo sem o clonazepam também. Se eu quiser dormir sem clonazepam, eu durmo. (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco).

Manuel se coloca como autor do próprio tratamento, assumindo as consequências positivas e negativas daí advindas. A simples descrição dos encontros com os entrevistados permite o aprofundamento da compreensão do contexto de suas biografias, escolhas e arranjos que foram dando corpo e forma ao itinerário terapêutico.

5.2.2 Rita

Rita foi o segundo encontro desta pesquisa. Mulher negra de 55 anos, Rita é dona de uma simplicidade e simpatia igualmente grandes. Reside em área rural de Vargem das Flores em uma casinha que lembra muito um sítio pela presença da natureza ao redor. Desconfiada, mais de uma vez deixou escapar que “odeia médicos” e também “psicólogos”, apesar de ter aceitado participar da entrevista. Sua história de vida é atravessada pelo cuidado e seus impossíveis:

Rita já estava em frente de sua casa acompanhada de uma sobrinha (de quem é cuidadora). A sobrinha, apesar de adulta, aparenta ter algum déficit cognitivo. Rita me conduz até a cozinha de sua casa e conversamos frente a frente, sentados em duas cadeiras. A casa é muito simples, com um visual repleto de plantas e animais que fazem sentir que estamos em um sítio, com o terreiro em chão batido e alguns improvisos na construção. Percebo Rita algo desconfiada, me apresento e mais uma vez mostro “as credenciais”, o que tranquiliza. (Registro do pesquisador em diário de campo)

Atualmente cuida de dois sobrinhos deixados por uma irmã falecida, ambos com questões neurológicas e déficit cognitivo. Cuidou a vida toda e, até onde foi possível compreender, adoeceu quando já não podia cuidar. A história de seu adoecimento começa com uma adoção frustrada. Uma sobrinha do ex-marido tinha deixado uma bebêzinha sob seus cuidados, em uma espécie de acordo feito por elas, de que a menina seria criada por Rita. Sem ter formalizado nada, cuidou da criança como se fosse sua própria filha, contudo, quando estava com 07 anos, a mãe biológica volta atrás no combinado e leva a menina embora.

A retirada da filha adotiva produz um episódio depressivo mais importante, de modo que Rita inicia um uso prejudicial de bebidas alcoólicas. A partir desse momento, o álcool vai se constituindo como um elemento que exercia uma função reguladora quando a vida ficava dura demais. Ocorre, porém, que Rita começa a experienciar alucinações visuais muito intensas, assim como momentos de desorganização psíquica e atividade delirante. Por iniciativa de seu marido à época, tais vivências provocam sua ida e inserção em acompanhamento nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) da rede de Betim, onde residia. Neste momento de seu itinerário terapêutico, Rita destaca a presença de vereadores e da igreja católica oferecendo suporte no acesso aos serviços de saúde ou doações de cestas básicas.

A separação com esse marido é destacada como um período de retorno à bebida alcoólica. Períodos de estabilidade são alcançados quando consegue ficar “firme” na igreja evangélica. Em verdade, algumas coisas parecem ser capazes de lhe garantir certa amarração e/ou sustento em seu percurso pelas redes. Rita é detentora de uma sabedoria excepcional sobre o uso dos chás e plantas

medicinais no tratamento de diferentes males, sabedoria herdada da mãe, que era “benzedeira” e também de sua avó. Desconfiada da rede formal de saúde, por motivos que logo mais serão anunciados, Rita trabalha informalmente capinando uma chácara e cuidando de galinhas para um grupo de proprietários, sendo um deles acupunturista. Neste sentido, o trabalho na chácara lhe permite uma aposta na acupuntura e no contato com a natureza como alívio para os males e promotor de qualidade de vida.

Rita cuidou e viu morrer muita gente querida. Foi assim com sua mãe, seu pai, uma cunhada e um irmão. A cada perda, uma tristeza e um retorno ao uso do álcool. Vale destacar também inúmeras experiências nas quais ela, para ajudar a filha, se prestou aos cuidados dos netos. Conforme eles cresciam e sua própria filha ia assumindo o cuidado com as crianças, novos episódios de tristeza e recaídas quanto ao uso de álcool. Em 2024, após acompanhar o adoecimento e morte do cunhado, do marido (segundo casamento) e de uma irmã, Rita procura tratamento em saúde mental no posto de saúde, passando a ser acompanhada pela psicóloga e psiquiatra da unidade. A Figura 3 ilustra o Itinerário Terapêutico de Rita. O uso de diferentes cores nas linhas foi tomado como um recurso para separar momentos diferentes de seu caminhar pela vida.

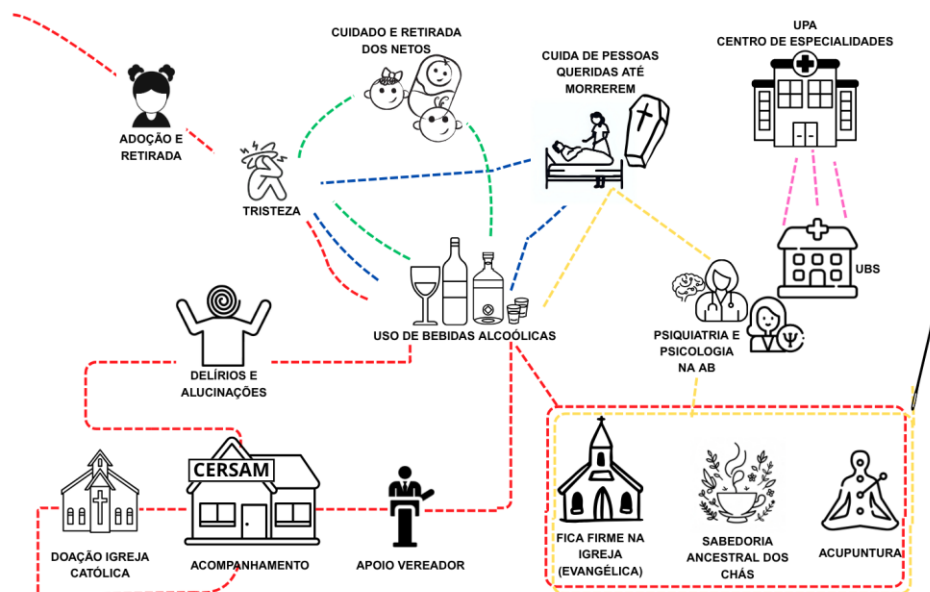


Figura 3. Itinerário Terapêutico de Rita (lapso de 20 anos)

A desconfiança do sistema formal de saúde tem origem nas inúmeras experiências de se tornar a cuidadora de uma pessoa adoecida que vem a falecer. Rita faz comentários que desenham sua avaliação de que a demora e a dificuldade de acessar consultas e exames em tempo hábil participou da morte prematura de seus familiares. No trecho seguinte, isso é ilustrado por Rita enquanto narra a espera do ex-marido por uma cirurgia importante:

Agora, graças a Deus, eu se sinto bem. Tá vendo? Tinha uma veia altona aqui no meu joelho, ela arrebentou, espalhou, que tava aqui tudo, ó. E cadê o médico? Cadê o SUS? Depois que aconteceu a mesma coisa que aconteceu com o meu segundo esposo. Ai, sai. Sai com o SUS, sai tudo. 2013... Ele esperando um médico da próstata, sabe? 2013. Quando foi 2015, surgiu uma vaga pra ele aqui no Hospital Municipal, em tal de Mutirão. Cê vê, levei ele, ele tinha 72 anos, levei ele. Em Outubro, agora que passou do ano passado, ele ia fazer 73 anos. Levei ele nesse tal de Mutirão. Chego lá pra fazer o elétrico, tem que operar o coração primeiro pra depois operar a próstata. Já viu isso? Cadê? Deus levou ele, né? Como que eu ia? (Rita, 55 anos, mulher negra)

Interessante que a desconfiança das instituições de saúde a faz questionar frequentemente a conduta médica: se o médico do posto prescreve algo que não concorda, procura a UPA; se a medicação tem efeitos colaterais, interrompe; se está muito estressada, dobra a quantidade diária de antidepressivos que deveria tomar. Outro exemplo pode ser dado pelo que segue. Rita tem um problema mais sério na coluna e chegou a ficar impossibilitada de andar por um tempo. Quando um médico ortopedista de um centro de especialidades (Pam Padre Eustáquio) referiu que talvez ela precisasse fazer cirurgia, ela rompeu o vínculo de tratamento e deixou de ir às consultas, melhorando somente com fisioterapia em casa. Segundo relata, “todo mundo que eu conheço” que operou a coluna acabou ficando “aleijado”. Felizmente, quando sente muitas dores na coluna, a acupuntura parece ajudá-la no alívio dos sintomas.

5.2.3 Cármen

A entrevista com Cármen precisou ser remarcada após um desencontro entre ela e o entrevistador: no dia e hora marcada, o endereço não era encontrado pelo GPS e os telefones não funcionavam, afinal, na zona rural em que Cármen reside as redes apresentam um precário funcionamento. Cármen é uma mulher de 58 anos que está em acompanhamento devido a um quadro depressivo mais importante. O sofrimento psíquico transborda de uma história de vida ainda engasgada. Na ocasião do segundo telefonema para um pedido de desculpas e convite para remarcar o encontro, Cármen deixa escapar que aceitaria tentar de novo porque estava “*precisando muito*”. O primeiro contato ocorre como se segue:

Na manhã do dia marcado, novos desencontros: ela não estava no ponto de encontro combinado e os telefones não atendiam. Pergunto sobre ela em uma mercearia e ninguém conhece. Dou o endereço e tentam me ensinar a chegar. Ando pelas ruas do bairro Tupã até que ela me atende. Combinamos de nos encontrar em uma rotatória. Quando finalmente nos encontramos, a cumprimento e mais uma vez me desculpo pelos desencontros. Percebo que ela está ofegante: havia ido correndo para me encontrar. Percebo que ela não me convida para ir até sua casa e proponho de conversarmos em frente ao posto de saúde, que estava fechado por ser sábado. Ali falou por uma hora e meia. Latidos de cachorro algumas vezes atrapalham. A pressão para falar era tanta que começou a me contar sua história tão logo me apresentei e falei sobre a pesquisa. Percebo sua demanda de escuta e combino com ela de lermos e assinarmos o TCLE após conversarmos, garantindo, oralmente, que ela me autorizava a gravar nossa conversa. Deprimida, chorosa, me conta a história de uma vida sofrida e cheia de perdas. Algumas vezes tenho a sensação de que o discurso visava mais aliviar a angústia, ficando em dívida se respondia ao que lhe era perguntado. Assumo uma postura mais livre, escutando, acolhendo e reformulando as perguntas de forma a percorrer o roteiro com maior fluidez enquanto ela podia falar sem ser interrompida. Aos poucos, percebo que ao seu modo estava sim respondendo as perguntas e fico mais tranquilo. (Registro do pesquisador em diário de campo)

Cármen conta sua história de vida entre choros e soluções. Relata uma infância muito difícil, com relatos de violência física por parte da mãe, trabalho infantil e abuso sexual na infância. Quando se casou, passou a ser vítima de violência doméstica, com cruéis relatos de agressão no casamento. Ao longo de toda a vida fez uma interpretação de que “psiquiatra” e “psicólogo” é coisa de “doido”, de modo que seu caminhar pela rede constrói um curioso desenho: aos 32 anos, após alterações clínicas (inchaço no abdômen, dores), vai por conta própria a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e descobre alterações mais importantes no sangue (plaquetas em nível baixíssimo). A UPA aciona a atenção básica que, por sua vez, aciona a atenção secundária para acompanhamento com a especialidade (hematologista).

Desde então, seu itinerário terapêutico parece ser ordenado pela atenção secundária, com passagens por diferentes serviços que vão acionando uns aos outros. Chama a atenção o vínculo e afeto com que fala de duas médicas hematologistas que, durante anos, a acompanharam no Centro de Especialidades (Iria Diniz / Hospital Municipal) e, a cada momento e diante da necessidade, iam ajudando-na a conseguir acessar outras especialidades (pneumologista, imunologista).

A entrada em tratamento nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial ocorre há 03 anos após uma sequência de perdas ocorridas em pouco tempo (mãe, filha, irmão, neto). A médica hematologista do Centro de Especialidades, com muita sensibilidade, percebe a dor de Cármen e a encaminha para acompanhamento com a psiquiatria e psicologia na Atenção Básica, de modo que Cármen ainda se encontra aguardando o agendamento com a psicologia. A filha de Cármen morre

após parada cardíaca sendo transportada entre uma UPA e um Hospital. O neto, por sua vez, é brutalmente assassinado. A Figura 4 resume o itinerário terapêutico percorrido por Cármen.

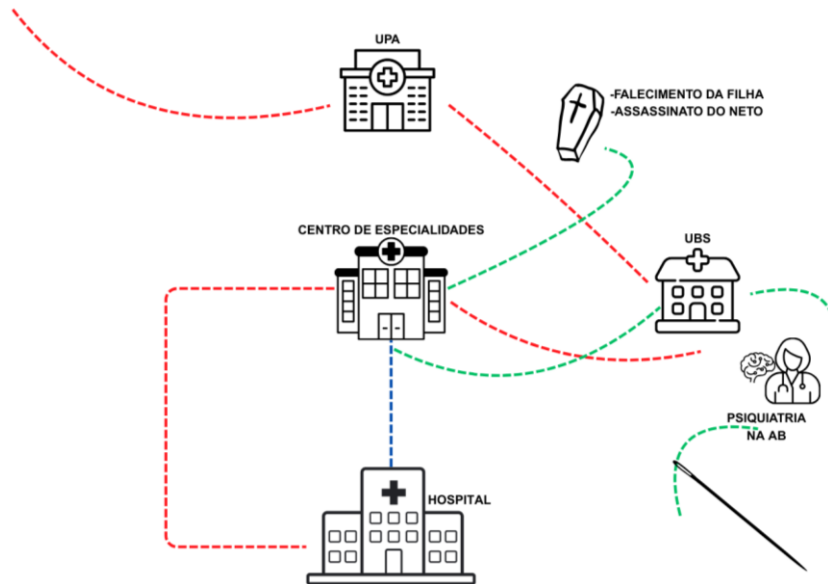


Figura 4. Itinerário Terapêutico de Cármen (lapso de 26 anos hematologia | 3 anos psiquiatria)

Enquanto conta sua história, os relatos das violências sofridas e o esforço de manter-se de pé, segurando, abafando os sentimentos, fazem compreender o motivo da entrevista com Cármen ter parecido um desabafo. De fato, ela chega a verbalizar sensação de “alívio” após a entrevista. No momento de descrever a si mesma, quando lhe foi indagado qual raça ou cor se considera, afirmou ser uma pessoa “pálida” e, perguntada uma segunda vez, explicou: “ah, desbotada. Não tem cor nenhuma”. Tal relato parece permitir entrever a tonalidade dos sentimentos de tristeza vivenciados neste momento, de modo que a entrevistada descreve a si mesma como “desbotada”, “sem cor”.

Como não podia deixar de ser, o sujeito faz aquilo que pode com os recursos que dispõe. Cármen fala sobre o hábito de pescar como algo que a ajuda a “esquecer de tudo”, de modo que quando vê que “tá caindo” no “abismo” vai para a beira da lagoa pescar. Também foi na beira da lagoa em que ela tentou morrer se afogando, tendo interrompido o ato após uma intuição de interpretação religiosa:

Eu desci pra pescar, aí eu pensei, aí eu sentei, tô olhando a água, tava tremendo, tão cheio. Falei: “Peraí. Não tem ninguém me vendo. Não existe minha família, não tem ninguém aqui”. Aí... Eu levantei. Levantei pra... [...] Falei: “Ah... Não tem nada mais pra mim. O que que tem?”. Aí eu levantei, já pus o primeiro pé, fui pro segundo, já fui entrando. A água já tava dando aqui... Aí depois... Parece que eu tava tomado uma anestesia, parece que eu tava, sabe? Aí na hora, (faz som, suspira alto), eu assustei. Aí eu escutei uma voz falando assim: “Peraí. Eu que te fiz”. (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

Evangélica e de muita fé, também refere que escutar e cantar louvores a ajudam a espantar os males da loucura e do demônio. Segundo seus relatos, a fé também a ajudou a afastar de si mesma a indicação de uma cirurgia cardíaca, que estava em vias de acontecer mas foi suspensa após seus pedidos endereçados ao Sagrado.

5.2.4 Helenice

O contato com Helenice foi muito forte e marcante. De início, chama a atenção um aceite em participar da pesquisa de maneira muito rápida, simples, sem sequer pedir por maiores informações sobre a proposta e/ou o pesquisador. Após a entrevista, o pesquisador fica mexido e demora dias a conseguir escrever seu relato em diário de campo. Helenice é uma mulher parda de 47 anos que reside na área urbana de Vargem das Flores. O encontro com ela assim se inicia:

Marquei a entrevista em um local público (CÉU das Artes). Quando chego, ligo para a entrevistada avisando que tinha chegado. Até ali, só tinha chamado a atenção o aceite dela com poucas palavras e sem pedir muitas explicações de mim. A praça estava movimentada, me sinto estrangeiro ali, deslocado. Alguns meninos sentam perto de mim para fumar, me pego sentindo medo. Passam duas pessoas conhecidas e eu cumprimento, momento em que me sinto mais seguro. Quando a entrevistada chega, me chama a atenção um olhar estranho, parecia disposta a matar ou morrer, sinto um cheiro em seu hálito que não pude identificar se era a exalação de álcool ou cuidados prejudicados com a saúde bucal. Rapidamente me apresento, faço falas para tentar tornar a situação ali esclarecida. Ela diz que não precisava ler o TCLE, diz que se eu quisesse nem precisava ocultar seu nome (quando insisto e explico verbalmente as informações do TCLE). (Registro do pesquisador em diário de campo)

A explicação para o comportamento despreocupado aparece enquanto a entrevista transcorre. Independente do desfecho, independente do que pudesse acontecer com ela, Helenice parecia simplesmente não se importar. Essa postura provoca grande estranhamento no pesquisador, delineando melhor um sentimento de que, enquanto produz os dados da pesquisa, está também caminhando em uma berlinda, a saber:

Quando começa a falar, eu faço uma compreensão melhor do que parecia ser uma atitude de não se importar: a entrevistada desenvolveu um quadro depressivo após um acidente de moto que a fez precisar de inúmeras cirurgias no pé e no joelho, de modo que desde então sente vontade de morrer todos os dias. Me vi diante de alguém que não temia a morte, não temia qualquer negatividade que

acontecesse com ela e, pelo contrário, parecia desejar. Me peguei discordando das condutas do CAPS, me angustiado com o encontro, desejando por ela que ela vivesse. Pela segunda vez, uma berlinda: como pesquisador, bastava ouvir, como psicólogo eu queria intervir, ajudá-la a organizar melhor seu tratamento. (Registro do pesquisador em diário de campo)

O itinerário terapêutico de Helenice começa em um grave acidente de moto sofrido, o qual a levou a uma internação mais prolongada em hospital e à realização de inúmeras cirurgias no calcanhar e no joelho. Segundo seus relatos, inicialmente a dor física a faz tentar suicídio dentro do hospital algumas vezes enforcando-se com o carregador de celular. Tal comportamento leva a equipe do hospital a exigir a presença de um acompanhante 24h por dia.

Após a alta hospitalar, Helenice é encaminhada para a atenção primária de seu território. Refere que nessa época as Agentes Comunitárias de Saúde e a equipe da UBS já percebiam que ela não estava bem do ponto de vista psíquico, sugerindo sua ida ao CAPS. Ela, contudo, não procurou o serviço imediatamente; segundo informa, acreditava que “CAPS é lugar de doido”.

Durante a internação e com a realização de diversas cirurgias, Helenice afirma ter perdido cerca de 30 kg de massa corporal, de modo que grandes alterações em sua imagem faziam-na sentir vergonha de si mesma e não conseguir olhar no espelho, de modo que as alterações no humor foram piorando. Uma nova tentativa de suicídio (ingerindo grande quantidade de medicação) é realizada, de modo que Helenice precisou de intervenção na UPA e só a partir deste momento passou a ser acompanhada pelo CAPS de referência.

Desenvolve um bom vínculo terapêutico com a psicóloga do CAPS que foi sua referência técnica de cuidado e permanece em acompanhamento no serviço por aproximadamente um ano e meio. Enquanto o tratamento transcorre, Helenice perde o pai e o marido em um intervalo de poucos meses. Há algo de semelhante nas duas mortes: Helenice os vê com vida em dado momento e, quando retorna, os encontra mortos, sendo o pai em casa e o marido no hospital. A dor da perda ainda está presente e aparece durante a entrevista, com choro intenso.

Na ocasião da entrevista, Helenice havia tido alta do CAPS há poucos meses, com inserção em acompanhamento psiquiátrico na atenção básica para continuidade dos cuidados. Apresentava resistência em acompanhamento psicológico, queixando-se de trocas constantes de profissionais e que não gosta de precisar contar sua história de novo porque “remói” coisas muito dolorosas. Mantinha vontade de morrer, sem planejamento aparente e com tentativas esporádicas. Refere, contudo, manter um autocuidado deliberadamente prejudicado. Diz passar dias sem beber água, acredita estar com uma infecção de urina e não procura atendimento médico. Assim o faz como

uma forma de colocar a si mesma em risco, prejudicar a própria saúde, em um movimento de deixar-se morrer.

A Figura 5 ilustra o itinerário terapêutico de Helenice, com os acontecimentos marcantes descritos por ela. A linha azul tracejada com espaços maiores entre a figura do ACS e o CAPS ilustra um encaminhamento que não produziu a entrada em tratamento pela resistência da própria Helenice, que acreditava que o CAPS era um “lugar de doido”.

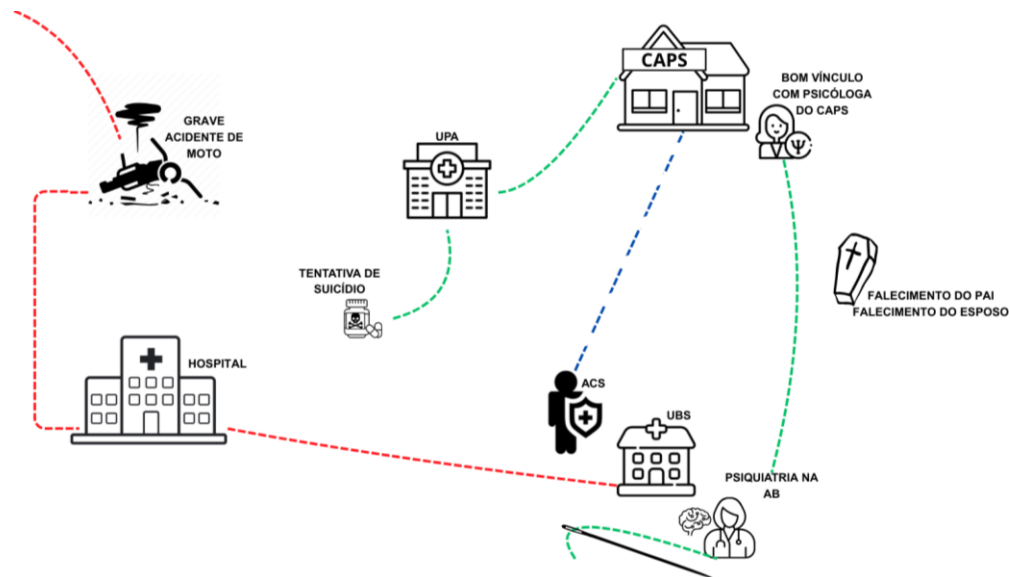


Figura 5. Itinerário Terapêutico de Helenice (lapso de 03 anos)

O contato com Helenice provoca inquietudes muito características de quando um profissional de saúde, cuja função é cuidar, encontra alguém cujo desejo é morrer. Durante a entrevista, o pesquisador se pega tentando sondar se Helenice estava segura, qual era o risco de uma nova tentativa, o quanto seu tratamento estava bem estruturado. Surge também sentimentos de discordância da alta feita pelo CAPS, avaliada como precoce, assim como revolta com as constantes trocas de profissionais de psicologia que, naquela história individual, colocavam obstáculo para adesão a um espaço de escuta. No excerto à seguir, Helenice justifica sua resistência em ficar “trocando” “toda hora” de profissional de psicologia:

É, aí eu tinha que falar tudo de novo. Aí eu tinha que ficar lembrando tudo de novo. Aí quando você está com uma pessoa que você já falou, a pessoa já sabe, você não precisa ficar falando tudo de novo. A pessoa só vai te perguntar como é que você está, você vai falar e tudo. Não vai perguntar o que aconteceu para você estar desse jeito. Aí é isso que eu não gosto, é isso que me machuca, é isso que a gente lembra, dói machuca, remói. Mas quando é... Quando é uma coisa que você já falou e a pessoa não vai ficar te perguntando, entendeu, aí eu não importo. Mas, quando ela foi

sair de férias eles falaram que ia entrar outra, mas só que eu falei que eu não ia, não ia porque eu não queria. Porque eu não ia ficar com ela, de que que iria adiantar eu contar a minha vida toda para ela, sendo que eu não iria ficar com ela, era só uma pessoa que estava ali provisória. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

Autores da própria trajetória, os entrevistados parecem fazer uso das condições “materiais” e “contextuais” disponíveis no território. A persistência do relato de fragilidades na rede formal de saúde foi objeto de discussão detalhada em seção posterior (ver seção “5.5 Acessibilidade aos serviços de saúde mental do território”).

5.2.5 Fagner

Fagner é um homem de 49 anos que reside em área urbana de Vargem das Flores. O encontro com ele se deu em circunstâncias diferentes dos demais: a psiquiatra da unidade apresentou ele e o entrevistador no dia no qual ele havia ido se consultar, de modo que o convite para a entrevista foi feito presencialmente. A situação de ter sido apresentado por alguém de sua confiança permitiu uma abordagem mais tranquila e assegurada, o que permitiu um vínculo mínimo mesmo antes da entrevista. A entrevista precisou ser remarcada a pedido dele e, mesmo assim, na data combinada Fagner pontualmente estava no local:

Percebo rapidamente uma demanda de escuta e o relato de frustrações com tentativas de acompanhamento psicológico no passado. Explico os fluxos da pesquisa e noto boa compreensão e confiança no processo. Quando começo a gravar, me deparo com a história de um adoecimento psíquico extremamente ligado a questões sociais mais amplas: o capitalismo moderno, a violência, o machismo e seus efeitos na subjetividade dos homens. (Registro do pesquisador em diário de campo)

A história de adoecimento de Fagner é atravessada por diversos aspectos interseccionais. Tudo começa quando Fagner inicia um trabalho como cobrador de ônibus em uma empresa de transporte coletivo. No contexto desse trabalho, inúmeras vezes Fagner sofre assaltos à linha de ônibus na qual operava, de modo que uma delas foi agredido com uma coronhada na cabeça. Os assaltos frequentes dão início a sintomas de ansiedade generalizada e pânico, com isolamento e medo de que a qualquer momento um assaltante pudesse aparecer.

Apesar de ter sido trocado de setor, passando a um cargo mais administrativo com função de fiscalizar o final da linha do ônibus, ocorre que Fagner começa a ter crises de epilepsia no trabalho, com desmaios e perdas da consciência seguidos de convulsões. Estes episódios levam a uma série de internações clínicas em hospitais. Um comportamento de negação e a persistência das

crises levam o chefe de Fagner a liberá-lo de férias com a orientação de que ele tirasse um tempo para cuidar de sua saúde mental.

É em meio a este contexto que ele inicia uma peregrinação por diversos médicos do plano de saúde, em busca de alguém que conseguisse “acertar” a medicação para diminuir as crises e o diagnóstico. Dessa forma, passa a ser acompanhado por um médico psiquiatra a quem descreve como “um anjo” em sua vida, acertando as medicações e o diagnóstico (epilepsia). Enquanto frequenta inúmeras consultas, um comportamento mais ansioso, angustiado e desatento no trabalho leva o chefe a orientar uma segunda vez que se afaste das atividades para cuidar de sua saúde mental, dessa vez o próprio Fagner consentindo em um afastamento das atividades laborais a partir de orientação médica.

Períodos de carência do plano de saúde começam a impor obstáculos no acesso ao médico de referência, de modo que a família opta por começar a pagar consultas particulares com o mesmo. Contudo, o custo financeiro e a dificuldade de manter o valor necessário para pagamento das consultas faz com que ele e seus familiares procurassem uma inserção na rede pública de saúde mental. É assim que Fagner chega ao seu posto de saúde, conhecendo um médico clínico com quem desenvolveu boa relação, descrevendo-o como uma “pessoa chave” e um profissional que ficou cerca de 15 anos atendendo na Unidade Básica de Saúde de referência. Segundo relata, este médico abraçou sua situação e conseguiu encaminhá-lo e inseri-lo também em acompanhamento psiquiátrico no território. Fagner mantém este acompanhamento psiquiátrico até hoje, descrevendo a psiquiatra que o atende como “outro anjo” em sua vida.

Aí, ele foi, aí foi aonde, através dele eu conheci a doutora Sam (nome fictício), que ele me encaminhou pra ela. Aí, na hora que ele me mostrou o meu, a, a, o meu prontuário, a minha, o meu diagnóstico, a minha situação pra ela, nossa, cara... A doutora Sam, ela é, ela é um anjo, cara. Ela não é uma doutora, ela é um anjo, cara, ela, ela é, nossa, o que ela, o que ela, o que ela faz pra gente, acho que, é, a gente pensa assim, o ser humano, é, ele, ele ainda tem chance, vamos dizer assim. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

A vivência constante de situações de violência desencadeia um quadro de pânico bem característico, permitindo reflexões sobre o capitalismo contemporâneo e a presença massiva da violência no laço social. As crises epiléticas, por sua vez, trazem prejuízos para o trabalho, levando-o ao afastamento. Entretanto, ter sido afastado das atividades laborais significou para ele a perda de um papel social de importância: deixou de ser a figura do provedor da família, foi impedido de poder se identificar como “o trabalhador” que costumava ser. Dessa forma, desenvolve um quadro depressivo mais importante, com tentativas de suicídio e pensamentos de

que não servia para mais nada. Em situações de novas crises epilépticas, teve passagens também pela UPA.

Ao longo desses anos, por algumas vezes Fagner foi chamado pela psicologia da atenção básica. Conta sobre um momento de acompanhamento mais breve no qual avalia que o espaço de escuta ajudou muito, entretanto, apresenta duras críticas a trocas constantes de profissional de psicologia na atenção primária. Como dito anteriormente, queixas parecidas foram, de fato, frequentes no relato dos entrevistados, situação a ser detalhada adiante.. A Figura 6 sumariza o itinerário terapêutico descrito por Fagner:

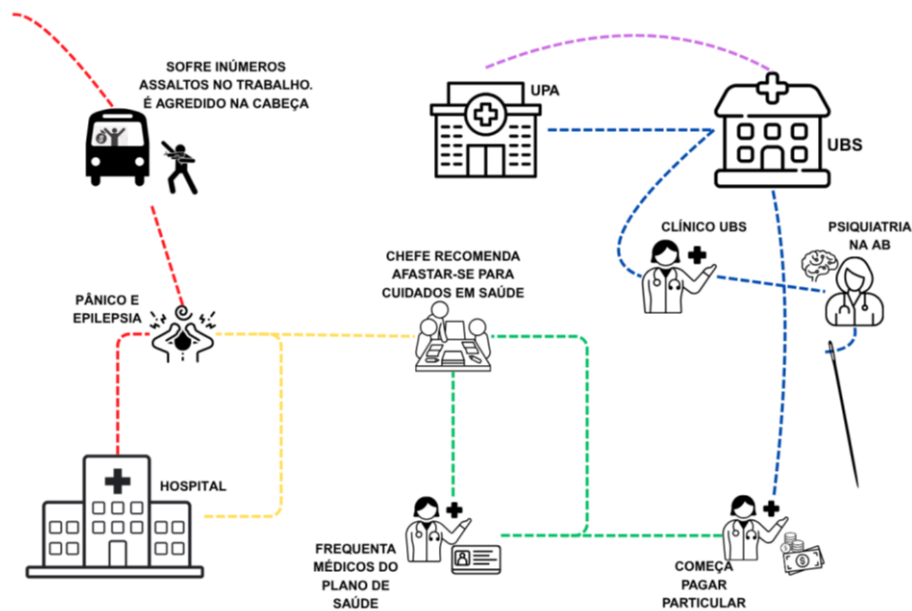


Figura 6. Itinerário Terapêutico de Fagner (lapso de 22 anos)

Segundo os relatos de Fagner, seu pai abandonou o lar muito cedo e, com isso, ele acabou se tornando “o único homem” da casa, começando a trabalhar ainda criança para garantir o sustento da mãe e das três irmãs. Isto o leva a dizer que “foi criado para ser o provedor”, deprimindo gravemente quando ocorre a perda desse papel social. Interessa destacar o relato da importância do apoio da família neste processo (esposa e filhos) que “não desistiram” e “não deixaram” ele desistir dele mesmo. A entrevista com Fagner traz elementos interessantes sobre os efeitos do machismo na subjetividade dos homens, o que será aprofundado no momento em que se passará à análise temática do material discursivo originado das entrevistas. Aqui, pode-se adiantar que a situação

descrita apresenta desdobramentos na sociabilidade, que também será abordada adiante, pois, em determinado momento de seu adoecimento psíquico, o fato de Fagner não conseguir trabalhar começa a ser motivo de deboche por alguns parentes da esposa.

5.2.6 Isabela

O encontro com Isabela foi bastante peculiar. Logo nas primeiras trocas de mensagens, fica claro que a participante demonstrava certa desconfiança diante de uma figura masculina, o que teve efeitos em sua postura e aceite em participar da pesquisa. Isabela é uma mulher negra de 41 anos que reside na área urbana de Vargem das Flores. Sua história de vida e itinerário terapêutico contém tantos abusos e absurdos que o sentimento de revolta acaba assumindo a tonalidade das emoções de quem escuta tais relatos. A postura desconfiada acaba sendo explicada pela atualização de um Estado inoperante em toda sua trajetória, com duras críticas da entrevistada às noções de justiça e à própria rede de saúde:

A entrevista com Isabela foi marcante de diferentes formas. Logo nos primeiros contatos por WhatsApp ela se recusa a se encontrar comigo em uma praça em um sábado. Diz “desculpe, já passei por muitas coisas, não consigo confiar, principalmente em homens”. Diante disso, quando propus de nos encontrarmos em seu posto de saúde em uma terça-feira, ela fica mais segura e aceita. Quando ela chega e nos conhecemos, por quase 15 minutos faço falas e explicações sobre a pesquisa e seu contexto, sobre a forma de abordagem dos participantes e tudo mais, como tentativas de apaziguá-la. Com a leitura detalhada do TCLE e minhas explicações, ela aceita participar da pesquisa quando informo que ela poderia se recusar a responder qualquer uma das perguntas ou mesmo desistir de participar. Apesar do aceite, percebo que ela não abandona em momento nenhum a postura desconfiada. Quando começa a falar, finalmente compreendo: trata-se de uma mulher negra que convive com a violência e já foi violentada das mais diferentes formas desde a infância. Para ela, homens são violentos, mentirosos e traiçoeiros. (Registro do pesquisador em diário de campo)

Isabela afirma ser depressiva desde criança. Atribui isto a uma infância vulnerável, com abuso de bebidas alcóolicas e constantes brigas entre os pais. Refere ter sofrido tentativa de abuso sexual já na infância. Quando se casou, acreditou que a vida melhoraria mas veio a descobrir que o marido também era violento. Enquanto ela trabalhava para sustentar o lar e alimentar o marido e os filhos, ele se envolvia com outras mulheres e agredia Isabela frequentemente. Em dada situação, sofre um estupro coletivo quando voltava do trabalho, à noite.

Machucada, envergonhada, por meses não conseguiu contar para os pais ou pedir ajuda a algum familiar. O marido, por sua vez, inicialmente a culpou pelo ocorrido e a isolou, dizendo que não poderiam mais ficar juntos porque ela “já tinha servido a outros homens”. A vivência do abuso sexual dá início a sintomas ansiosos importantes, com ataques de pânico e desmaios no ambiente

de trabalho sempre que chegava a hora de ir embora. Em meio a essas crises, a psicóloga da empresa consegue que Isabela fale minimamente o que estava acontecendo com ela e, após ter notícia do fato, a ajuda a procurar uma delegacia para registro da ocorrência.

Ao chegar na delegacia, e mesmo sendo atendida por uma policial feminina, Isabela é mais uma vez culpabilizada pelo ocorrido. Segundo lhe foi dito pela policial, “aquela não era hora de mulher certa estar na rua”. A passagem pela delegacia dá início a um acompanhamento psicológico com uma profissional do plano de saúde ofertado pela empresa. Entretanto, quando a psicóloga do plano sugere um afastamento das atividades, um gestor do RH se irrita com a situação, rasga o atestado e diz que “psicólogo não é médico”. Neste momento, mais uma vez Isabela é revitimizada, quando o gestor dispara: “Eu não sei por que que você tá desse jeito. Não sei por que que vocês mulheres ficam desse jeito. Mulher já nasceu pra isso”.

A fala do gestor faz Isabela ir embora da empresa. Fragilizada, liga para a psicóloga que vinha a atendendo e esta a orienta a procurar o sindicato, uma vez que a violência sexual ocorreu inclusive no trajeto entre o trabalho e sua casa. O sindicato opera como uma instituição que dá algum suporte, a encaminha para o Ministério Público do Trabalho e ajuíza ação contra a empresa, de modo que Isabela recebe os documentos necessários para amparo junto ao INSS. Mesmo assim, a empresa acaba desligando-a e cortando o plano de saúde e a cesta básica que recebia.

Mais tarde, Isabela veio a descobrir pelo delegado do caso que a violência sexual sofrida ocorreu a partir de uma intervenção do marido que mandou 03 homens para matá-la e eles, ao invés de seguir o plano e esquartejá-la, optaram por estuprá-la. Silenciada, com vergonha de abrir o que estava acontecendo com a família ampliada, Isabela tenta suicídio por três vezes. Chega a passar por uma internação em Hospital Psiquiátrico.

Após internação no hospital psiquiátrico, há passagem pelo CAPS de referência que, em decorrência dos episódios de violência sofridos, acaba encaminhando Isabela para acompanhamento nos dispositivos de assistência social. Segundo os relatos de Isabela, “o pessoal” do CRAS foram aqueles que mais a ajudaram em sua itinerância pelos serviços, operando como uma espécie de articulador de redes e ajudando-a a conseguir acessar os tratamentos disponíveis no território.

É assim que Isabela é inserida em acompanhamento na UBS do território e também passa a frequentar atividades ofertadas por uma ONG ligada à Igreja Católica que atua em territórios carentes. Neste ponto, contudo, Isabela faz duras críticas ao cuidado possibilitado pela atenção

primária do território, apontando, por exemplo, que constantes trocas de profissional de psicologia inviabilizaram seu acompanhamento. Refere ainda dificuldades de acesso à especialidade psiquiatria, com acompanhamento apenas pelos clínicos da unidade, que se recusavam a realizar ajustes em sua medicação por não se sentirem seguros para tal. Aspectos importantes que aqui estão sendo apenas introduzidos, tais elementos serão detidamente analisados em momento posterior da escrita. A Figura 7 resume o itinerário terapêutico descrito por Isabela. Ciclos e repetições da violência contrastam com uma rede de saúde desarticulada, com o CRAS assumindo a centralidade das construções.

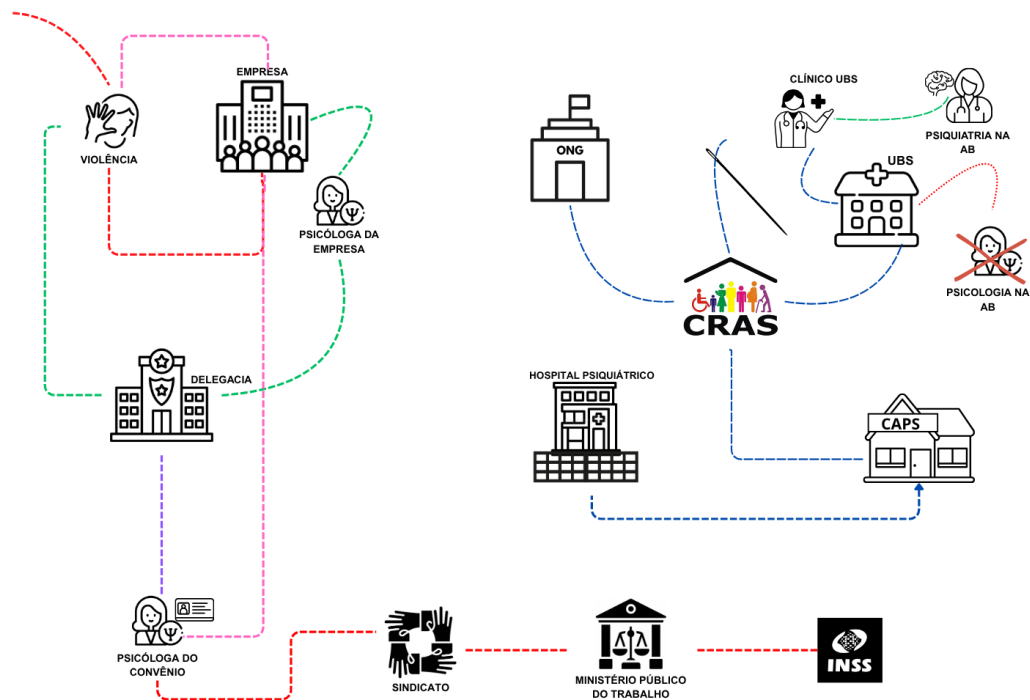


Figura 7. Itinerário Terapêutico de Isabela (lapso de 6 anos)

A vivência de reiteradas cenas de violência significou para Isabela viver sempre em um estado de alerta, com sintomas ansiosos e depressivos e dificuldade persistente para dormir. Apesar da manutenção das queixas, segundo refere, os médicos do posto passaram 03 anos sem ajustar a dose das medicações alegando que “não podiam”. A inserção em acompanhamento psiquiátrico e ajuste das medicações ocorreu apenas recentemente, pouco antes da realização da entrevista e após

Isabela procurar a unidade afirmando que não estava aguentando mais e que sentia que poderia fazer “uma besteira”.

Ocorre que a violência não cessa, nunca cessou. Após a separação com o marido, este pula o muro para tentar agredi-la dentro de casa. Os vizinhos chamam a polícia e isso produz uma ida de todos à delegacia. Lá, ela descobre que o marido fazia uso de cocaína, o que ela nunca tinha percebido por desconhecimento de “como essas coisas funcionam”. A partir de então, o ex-companheiro inicia uma série de comportamentos que visavam prejudicá-la e tornar sua vida muito difícil: ele passou a fazer dívidas com traficantes e agiotas e apontar ela como fiadora. Assim, Isabela passa a sofrer duras ameaças para que pagasse dívidas feitas por seu ex-marido.

Na ocasião em que ele foi preso (e acabou ficando 04 dias em cárcere), o mesmo chega a orientar que a advogada que o defendeu faça a cobrança dos honorários de Isabela. Quando a própria advogada percebe que o agressor havia sugerido que ela cobrasse da vítima os custos da ação, a profissional desiste de receber os valores. Segundo relatos de Isabela, vivendo em meio a tantas coisas, seus dois filhos desenvolveram transtornos mentais e eles próprios já tentaram suicídio, com passagens pelo CAPS infantil e uso atual de substâncias psicoativas.

Neste momento, Isabela refere que o ex-marido reside no mesmo bairro que ela e trabalha como motorista de aplicativo. Isabela vive com medo e se sentindo presa. Diz correr risco de ser pega de surpresa e ser atropelada pelas ruas do território. Mais recentemente os filhos começaram a se aproximar do ex-marido, que parece estar incentivando o envolvimento destes com o uso de substâncias psicoativas. A escuta do relato de Isabela configura uma experiência de constante assombro: quando se pensa que nada pior pode ter acontecido, descobre-se que sim, pode. Anos após a separação e num esforço de seguir a vida longe do ex-companheiro, Isabela é surpreendida por uma ação deste na justiça desrespeitando o acordo anterior ao pleitear direitos na casa que residiam:

Aí eu fui embora pra Curvelo, fiquei um tempo em Curvelo. Até hoje, a minha pe... perícia é em Curvelo, eu não trouxe ela pra cá. Aí eu fiquei com a minha tia, minha tia chegou a falecer, né? Minha mãe adoeceu, né, minha mãe deu câncer. E aí eu vim embora pra cá de novo. Aí mais um: ele entrou na justiça pra tomar a minha casa, que realmente, a gente era casado mas a casa era minha, porque ele não gostava de trabalhar. Ele levou meu carro na época, porque era meu, né e... E a gente tinha feito um acordo, ele ia embora com o carro, porque ele já saiu de casa com outra mulher, ele ia embora com o carro e eu ficava com a casa. Entrou, né, na justiça, contra mim, querendo a casa, e eu tive que voltar. Aí fui informada que eu não podia sair da casa, porque senão eu perdia meus direitos, né. E com isso tudo eu tentei morar de aluguel em outros lugares, só que eu não posso alugar a casa, o salário que eu recebo do INSS, não dá pra eu manter os filhos sozinha, porque não tenho a ajuda dele e manter o aluguel. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Isabela já perdeu 50% do imóvel por decisão em primeira instância e foi condenada a pagar 6 meses de aluguel para o ex-companheiro pela “juíza”. Atualmente ela recorre às instâncias superiores da justiça para tentar um destino diferente.

Gênero, raça e classe parecem estar envolvidos no difícil emaranhado de opressões que foram sofridas, de modo que seu lugar social atua vulnerabilizando-a a tais violências. Apenas levando adiante um esforço reflexivo, se Isabela fosse homem, provavelmente não teria sofrido um estupro coletivo. Se fosse uma mulher branca, provavelmente não seria revitimizada por outra mulher na delegacia. Se fosse uma mulher rica, estudada, poderosa, talvez não fosse violentada pelo próprio gestor.

Aspectos importantes ligados a essa questão serão trabalhadas na seção “5.6 Estigma e vulnerabilização desde uma perspectiva interseccional”. Neste momento, a apresentação dos participantes e seu caminhar pela rede vai cumprindo função contextualizadora, na medida em que permitirá, no momento de aprofundamento de seus relatos, saber a partir de qual lugar cada um está falando.

5.2.7 Rúbia

Rúbia é uma mulher negra de 51 anos que reside na área urbana de Vargem das Flores. Entre todos os entrevistados, é a única que está formalmente inserida no mercado de trabalho. Apesar de se considerar “cozinheira” de profissão, trabalha na área de serviços gerais em escala 12x36, realizando a limpeza de uma unidade de saúde.

Devido à própria escala de trabalho de Rúbia, o contato telefônico e agendamento de uma entrevista foi desafiador, afinal, o único número disponível era o de sua residência e a cada ligação havia 50% de chance de ela não estar em casa e não poder falar ao telefone, por estar trabalhando. Quando finalmente se conseguiu conversar por telefone com Rúbia, a data proposta para entrevista caía em dia de trabalho, inviabilizando o encontro. Após algumas tentativas realizadas, ocorre um golpe de sorte: a segunda vez que consegue falar com Rúbia o entrevistador descobre que naquele dia ela estava de folga e propõe a entrevista para o mesmo dia em UBS conhecida, de modo que ela acaba aceitando.

O itinerário terapêutico de Rúbia é breve e fundamentado principalmente em um bom suporte familiar, outra característica muito própria de sua trajetória. Segundo informa, apresenta

sintomas depressivos desde os 17 anos de idade. Contudo, após o falecimento do pai e em sequência de sua mãe, Rúbia apresenta alterações mais graves de humor, chega a ficar 15 dias sem dormir, evolui com desorganização do psiquismo e alucinações, tentativa de suicídio, humor gravemente deprimido. Em um primeiro momento, a família aciona a equipe da UBS de referência e o quadro desperta a preocupação da Agente Comunitária de Saúde, que faz articulações internas e providencia uma Visita Domiciliar do médico e da psicóloga da UBS à época.

Na ocasião, segundo relatos de Rúbia, a psicóloga da UBS que fez a visita alertou que os sintomas eram graves demais e que “já era um caso de internação”, orientando os familiares a levarem-na para um hospital psiquiátrico. Acatando a sugestão da profissional, assim a família procedeu, internando Rúbia em hospital psiquiátrico. Neste momento, na entrevista com Rúbia, destaca-se papel significativo dos seus familiares, uma vez que toda a família se organiza para oferecer amparo: revezam-se em visitas diárias, familiares cuidam de seus filhos e lavam as roupas dela própria, dos filhos e do marido, também acionam pessoas chave na igreja de Rúbia que passam a visitá-la no hospital.

Importante destacar ainda a importante função operada por sua família em todo seu itinerário pela rede formal de saúde: a de articuladora de redes. No início dos sintomas, é a família que aciona a UBS e, uma vez orientada, leva Rúbia para a internação. Antes mesmo da alta hospitalar, a família se movimenta e providencia que Rúbia já saia do hospital com uma consulta na especialidade psiquiatria agendada na atenção básica do território. Desde então, Rúbia segue em acompanhamento somente com a psiquiatria e vem se mantendo estável, contando, ainda, com o suporte de inúmeros grupos de apoio em sua igreja (grupo de dança, grupo de mulheres, grupo de crianças, grupo de casais) dos quais participou e ajudava até mesmo a administrar. A Figura 8 ilustra o caminhar de Rúbia pelos dispositivos de cuidado.

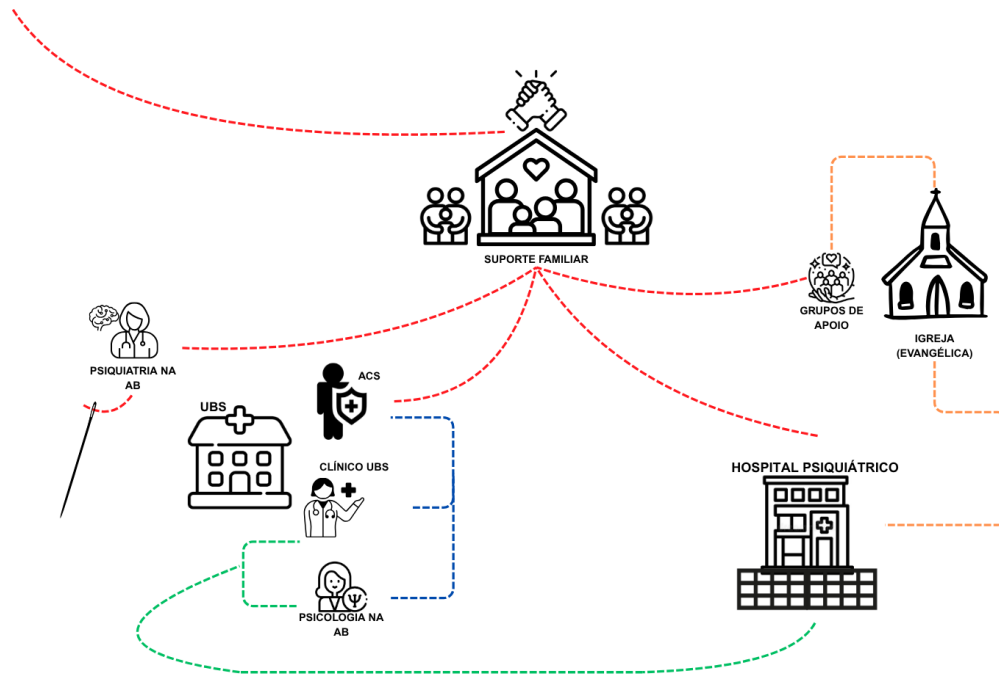


Figura 8. Itinerário Terapêutico de Rúbia (lapso de 10 anos)

Em meio à internação psiquiátrica e a desorganização do psiquismo, Rúbia diz que em primeiro momento resistia em tomar as medicações no hospital, trazendo relatos de que foi agredida por profissionais durante sua estadia em tal serviço. Rúbia descreve cenas mais graves de agressões vividas dentro do hospital: “beliscava meus pés pra não deixar marcas”, “virou meu braço até quase quebrar”, “quase quebrou meus dentes enquanto tentava me fazer engolir a medicação”. Quando viveu tais cenas, diz não ter contato para a família e ter “sofrido calada”. Indagada, diz que não contou porque pensou que dois cenários poderiam acontecer: ou os irmãos não iam deixar barato e iriam enfrentar a equipe do hospital ou não iam acreditar nela e diriam que ela estava delirando.

Em um primeiro momento, Rúbia atribui as agressões à uma incompetência ou comportamento individual (das três pessoas que a agrediram). Entretanto, após intervenções do pesquisador, lembra-se que enquanto as agressões aconteciam uma das agressoras lhe dirigia ofensas racistas, acessando uma outra interpretação do ocorrido no momento da entrevista:

(Pergunta do pesquisador: Você acha que se você fosse um homem, lá no hospital psiquiátrico,, os profissionais teriam te agredido?) Eu acho que n..., eu não posso te dizer, porque eu penso que as agressões aconteceram porque as profissionais é que eram ignorantes. Não foi por causa de tom de pele, não foi por causa de nada disso. Apesar de que... A última que tentou me dar o remédio e quase quebrou meu dente, ela me chamou de negra, ela foi racista. Essa foi. As outras duas não.

Mas, tentaram me fazer tomar o remédio à força, porque na verdade eu não queria tomar o remédio. Entendeu? Ai essa última já foi racista, comigo. Só que como eu estava no mundo da lua, também não estava nem para nada. (Rúbia, 51 anos, mulher negra)

A cena descrita é ilustrativa da qualidade peculiar da produção do saber em pesquisa qualitativa, uma vez que este se constrói em ato, de maneira relacional, em meio e a partir do encontro com os sujeitos de pesquisa. Interessante destacar que enquanto descreve as cenas a entrevistada percebe o incômodo do pesquisador com a cena descrita e pergunta: “isso te deixa triste?”, manifestando interesse genuíno pelos sentimentos do entrevistador e sugerindo “não fica triste não”, referindo que a experiência não a abalou. Todo o contexto dado pela entrevista com Rúbia permite pensar duas coisas interessantes: no encontro com o pesquisador a entrevistada (re)constrói uma interpretação da experiência vivida e, ao mesmo tempo, está atenta aos efeitos de seu discurso sobre aquele que recolhe seu relato.

5.2.8 Cláudio

Cláudio reside em área rural de Vargem das Flores e foi indicado para participar da pesquisa por duas profissionais diferentes em um lapso de 03 meses. Entretanto, devido a dados cadastrais desatualizados, apenas na segunda vez foi possível o contato e agendamento da entrevista, uma vez que foi feito também o fornecimento de um número de telefone operante. Toda a sua trajetória de vida, sofrimento psíquico e itinerário terapêutico são atravessados pelas vivências de preconceito, segregação e estigmatização, que são claramente verbalizados por Cláudio:

[...] No primeiro contato, me chama a atenção a forma como ele concordava com tudo e acenava positivamente com a cabeça fazendo gestos bruscos. Sua forma de gesticular me faz pensar: ele está sedado? Serão estes traços aqueles que dizem de um tratamento longo com medicação psicotrópica? Quando começa a falar, fala muito baixinho e só aumenta o tom conforme foi ficando mais à vontade. Me surpreendo: Cláudio é um homem gay de 52 anos que convive com o HIV e sofreu preconceitos a vida toda. Seu sofrimento psíquico foi descrito como associado ao preconceito e marginalização sofridos. Formou-se em pedagogia e trabalhou e teve “crises existenciais” durante toda a sua trajetória. [...] Quando responde ao formulário de dados sociodemográficos, descreve-se como indígena. Perguntado, explica que sua mãe lhe contou que ela tinha ascendência indígena de uma etnia de Minas Gerais e que, tendo eles morado no estado de Rondônia, tanto ele quanto a mãe se identificaram muito com a cultura indígena. Após a entrevista, quando ele sai da sala em que conversamos, percebo que ele tem uma alteração física nas duas pernas e joelhos e anda com dificuldades. Pergunto para a equipe da UBS e eles me confirmam que de fato ele tem uma deficiência física, apesar de não saberem indicar de qual tipo. (Registro do pesquisador em diário de campo)

Na trajetória de Cláudio, chama a atenção um itinerário terapêutico com passagens pontuais por diferentes serviços, mas poucos momentos de vínculo terapêutico e continuidade dos cuidados. A dificuldade de se vincular aparece em todo o relato e com estreita associação ao marcador da diferença de sexualidade. Segundo Cláudio, aos 17, 18 anos já se sentia excluído e isolado, tinha a impressão que as pessoas “não falavam” sua “língua”. Em seus relatos há a afirmação de que no meio em que cresceu havia muito preconceito com homossexuais e que nos diferentes ambientes que ele transitava as pessoas o discriminavam, excluía, chegando ao ponto de o agredir, xingar e cuspir em sua face. Neste sentido, tristeza, irritabilidade, alterações no humor e no sono e o que Cláudio refere como “crises existenciais” o acompanham ao longo de toda a vida.

Por volta dos 22, 23 anos, Cláudio estava trabalhando em uma equipe de zoonoses em determinado dispositivo da saúde em Belo Horizonte. Neste, Cláudio sofre preconceito e em decorrência da tristeza e alterações emocionais vividas é a primeira vez que procura um atendimento médico. Em dada situação, Cláudio responde às discriminações com agressividade, agredindo fisicamente o ofensor. Por mais que Cláudio trocasse de trabalho, de estado (Minas Gerais por São Paulo), a cena se repete algumas vezes: no ambiente de trabalho, Cláudio sofre preconceito por parte de colegas e chefes, apresenta crises emocionais e passa por um atendimento pontual com profissionais de psiquiatria, recebendo a prescrição de medicamentos para o ajudarem a dormir e a alcançar melhora no humor.

Cláudio afirma que à época momentos de crise e melhora se alternavam, de modo que ele teve diferentes passagens por um CERSAM e em um Centro de Saúde da rede de Belo Horizonte. Quando começou a fazer faculdade, as crises emocionais eram constantes e Cláudio conta sobre uma cena na qual uma professora o acompanhou até o CERSAM para um acolhimento de urgência. Em alguns momentos, Cláudio refere uma adesão apenas parcial às medicações prescritas. Inicialmente diz que “a medicação acabava”, que os médicos passavam tratamento “só pra uns dois meses”. Depois, confessa que tinha certa resistência na tomada da medicação, afirmando que na época pensava “não estar doido” e que era um “cara esforçado”, portanto, precisava “dar conta”.

Quando começa a trabalhar como pedagogo, por volta dos 35 anos, mantém um período mais longo de acompanhamento com uma psiquiatra e uma psicóloga em determinado Centro de Saúde de Belo Horizonte, ficando cerca de 4 ou 5 anos contínuos em acompanhamento. Aos 40, contudo, descobre sobre a infecção pelo HIV e seu estado emocional piora. Servidor público em

dois municípios, se esforça nos trabalhos e fala com orgulho sobre a atuação que teve, entretanto, com a piora do estado emocional começa uma série de afastamentos e licenças médicas.

Quando se mudou para a área rural de Vargem das Flores, ficou muitos anos sem acompanhamento formal em saúde mental. Refere que não havia psiquiatra disponível e os profissionais de psicologia trocavam constantemente e atendiam em localidade “fora de mão” para ele. Afastamentos constantes do trabalho fazem com que ele fique conhecido e estabeleça um verdadeiro vínculo com os profissionais do equipamento de Saúde do Trabalhador dos municípios em que trabalhava. Aos 46 anos, Cláudio dá início ao uso de cocaína e bebida alcoólica. Importante destacar seus comentários de que percebia que, neste meio, conseguia se sentir melhor acolhido pelas pessoas:

É, exatamente. Eu comecei usar droga, acho que tem uns seis anos. Seis anos. (Pergunta do pesquisador: Você consegue pensar assim, como, o motivo, a função que a droga apareceu na sua vida? Por que isso?). Na verdade, eu acho que eu, eu... Como eu não tinha muito... Uma afinidade com pessoas normais, entendeu? (Ri) Então, acho que eu vi nas pessoas que estão nesse meio, entendeu, um acolhimento, entre aspas, entendeu? Então, é... Aí, fui, entendeu? Aí, tive... Aí, teve alunos meus aqui do bairro, que eu dei aula, que me apresentou também, eles vendem, então, eu que adotei eles assim, já que eu não tenho filho, entendeu? Eu tive esse contato, muito na minha casa, enfim, que hoje eu proibi tudo, hoje não tenho mais. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

O uso de drogas rapidamente trouxe-lhe prejuízos e, em momentos de tentativa de redução no uso, acaba procurando a religiosidade, se vinculando primeiro à Igreja Católica e depois às Igrejas Evangélicas. É dessa forma que Cláudio ingressa em um percurso pela RAPS de Contagem, com passagens pelo CAPS Ad e CAPS “pra pegar remédio”, sem, contudo, um acompanhamento longitudinal. Mesmo assim, as passagens pelo CAPS acabam lhe permitindo uma inserção no acompanhamento psiquiátrico ofertado pela Atenção Básica, de modo que encontra-se há 03 anos em acompanhamento contínuo em sua UBS de referência. A Figura 9 tenta ilustrar os movimentos de Cláudio pelas redes formais e informais para alívio de seu sofrimento:

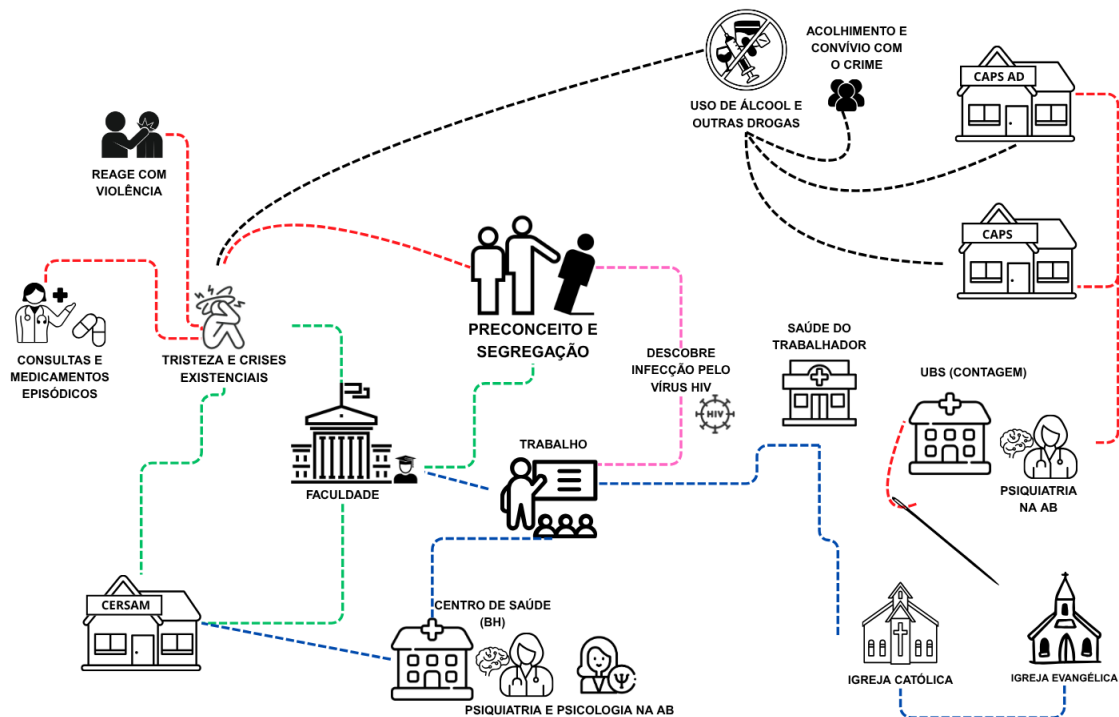


Figura 9. Itinerário Terapêutico de Cláudio (lapso de 30 anos)

Há dois anos, após uma série de afastamentos, Cláudio acabou sendo aposentado por invalidez nos dois trabalhos. A reconstrução de seu itinerário terapêutico ilustra uma dificuldade de vinculação que se atualiza na relação com os serviços de saúde. Em toda sua trajetória, apenas em dois momentos Cláudio refere um acompanhamento longitudinal: por volta dos 35 anos, com duração de 5 anos e agora, nos últimos 3 anos, com a psiquiatria da UBS de referência. Todo seu percurso parece ser elaborado a partir das diferentes estratégias que ele foi encontrando para lidar com o lugar social de opressão que lhe era designado: procura atendimentos pontuais na rede de saúde, vai fazer uma faculdade, tenta se inserir em uma profissão, faz uso de drogas e encontra acolhimento entre os usuários, encontra uma religião para se sentir pertencente.

5.2.9 Keren

O encontro com Keren foi peculiar. Keren foi indicada para o estudo por seu psiquiatra, o qual conversou com Keren sobre a existência da pesquisa previamente, de modo que na ocasião do contato do pesquisador o aceite foi facilitado. Por exemplo, Keren aceitou agendar a entrevista para

o mesmo dia no qual foi contatada. Quando chegou para a entrevista, a todo momento fica evidente grande pressão para falar, com um relato que dava sinais de desorganizar-se à medida que o pesquisador precisava fazer interrupções para uma ou outra questão importante para a pesquisa (exemplo, explicações sobre a pesquisa, leitura do TCLE).

Keren é uma mulher parda de 55 anos que veio a descobrir um diagnóstico de autismo tardiamente, o que adquire grande importância pelo efeito que teve sobre si mesma e enquanto elemento que ressignifica toda sua trajetória de cuidados. Enquanto produzia seu discurso, demonstra desconforto claro em aprofundar-se em elementos biográficos, de modo que mesmo verbalizando que focalizaria seu relato na trajetória de cuidados pareceu ter dificuldades de encadear a ordem dos acontecimentos, causando no entrevistador a sensação de que o discurso apenas bordejava o que lhe era indagado, nunca respondendo diretamente:

A história de vida é muito triste, mas percebo que a capacidade de informar é restrita. Há certa pressão para falar e Keren se perde no próprio relato, sem conseguir seguir uma linha cronológica bem definida. Chora em mais de um momento do relato, de modo que percebo não ser adequado aprofundar algumas questões. Em dado momento, faço o entendimento de que ela iria contribuir apenas na medida em que ela conseguisse. Segundo seu psiquiatra, seu diagnóstico é de autismo. Fala sobre a descoberta do diagnóstico com uma mistura de sentimentos: tristeza, pesar, alívio, compreensão e construção de um sentido. Um ponto central deste relato diz sobre a vivência de ter sido silenciada a vida toda por familiares que chamavam-na de “doida”. (Registro do pesquisador em diário de campo)

Keren afirma estar em acompanhamento psicológico e psicoterapêutico desde a infância, com início logo aos 5 ou 6 anos de idade. Nessa época, ambos os pais faleceram e Keren chegou a ser institucionalizada em local que chamou de “orfanato”, de onde saiu por determinação da justiça para ficar sob a guarda de uma meio-irmã, descrita como má e violenta. Já naquela época existia um entendimento de que ela desenvolveu “uma depressão infantil muito forte”, de maneira que a Vara da Infância e Juventude determinou que ela deveria ser acompanhada por profissional de psicologia nos equipamentos que estavam disponíveis. Importante destacar que isso tudo ocorre em um tempo em que o Sistema Único de Saúde não havia sido criado ainda (50 anos atrás).

Keren convive com sintomas de ansiedade e depressão há muitos anos, de modo que relata inúmeras passagens diferentes por psicólogos e psiquiatras da atenção básica e, segundo refere, “nenhum resolvia o problema”. Em dado momento de seu percurso, diz que recusava acompanhamento por não perceber melhora e fazia uso da medicação psicotrópica única e exclusivamente para lidar com as vicissitudes da vida: tomava remédio para dormir, tomava remédio para comer, para anestesiá-la, “tomava remédio para viver”. Esta interpretação reafirma a

importância atribuída ao diagnóstico tardio de autismo que, segundo acredita, lhe permitiu estabelecer uma compreensão retroagida para coisas que sempre vivenciou mas não faziam sentido, como os próprios sintomas ansiosos e depressivos e a dificuldade de remissão dos mesmos. Neste sentido, há aproximadamente um ano e meio Keren está sob os cuidados do psiquiatra que a indicou para a pesquisa, sendo o mesmo que “fechou” seu diagnóstico. Interessante destacar o bom vínculo descrito com o profissional. A Figura 10 ilustra o itinerário terapêutico descrito por Keren.

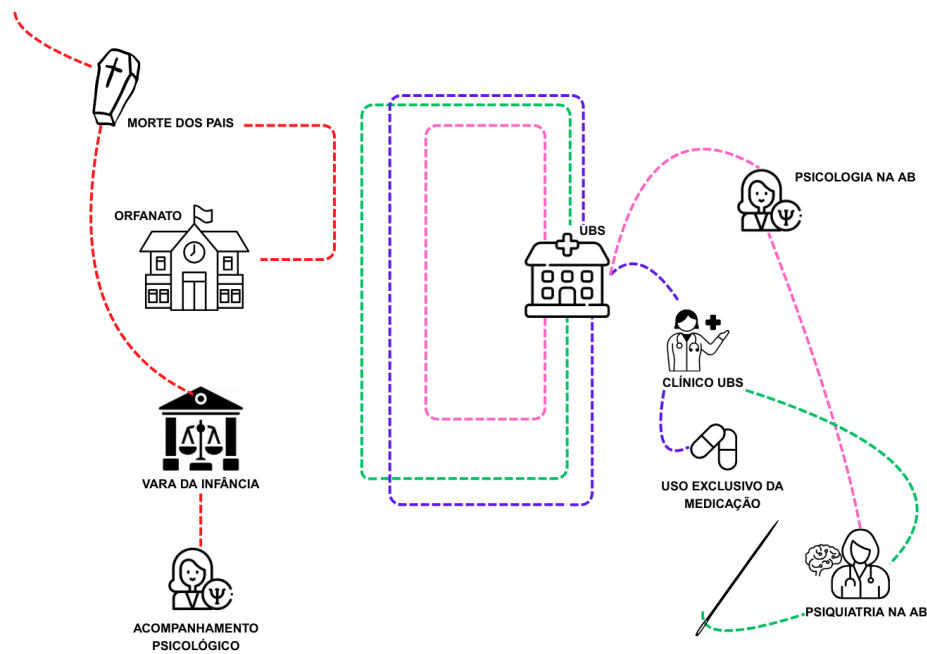


Figura 10. Itinerário Terapêutico de Keren (lapso de 50 anos)

Apesar de relatar momentos muito difíceis nos quais chegou a pensar em tirar a própria vida, Keren nega passagens pelos CAPS e serviços de urgência, de modo que seu acompanhamento sempre foi ambulatorial, com várias mudanças de território de sua parte e grande rotatividade de profissionais da parte dos serviços. É significativo no encontro com Keren sua percepção de que sempre vivenciou uma espécie de silenciamento ou tutela por parte de familiares, que chamavam-na “doída” ou a consideravam ingênua demais para participar do jogo das trocas sociais.

[...] para o meu problema, era o diagnóstico, eu tinha que saber mesmo, para poder saber lidar com ele. Não era só a depressão e a ansiedade, eu sofro de ansiedade, muito, mas isso aí foi provocado pela vida e também por uma questão também de eu num... não, de não me conhecer, não saber o que é. Eu achava que realmente eu era louca mesmo, eu morria de medo de alguém da minha família me internar num hospício. Chegou ao ponto, tipo assim, há muito tempo atrás, estou

falando há muito tempo atrás. Chegou ao ponto de eu ter medo, porque todo o povo achava que eu era doida, ingênua, muito ingênua. Mas, enfim, é... (Keren, 55 anos, mulher parda)

Apesar do caráter introdutório, é significativo o relato aqui apresentado. Esse tipo de vivência que retira a voz e exclui das trocas possíveis, comum a outros entrevistados, será explorada em detalhes em seção posterior do texto, a saber, “5.6.2 Loucura e estigma em meio à teia de opressões”.

5.2.10 Antônio Carlos

O encontro com Antônio Carlos foi significativo e alguns aspectos merecem destaque. O contato com o entrevistado produz um relato rico, interessante, marcante, concreto e objetivo. As reflexões que provoca atravessam todo o tema de pesquisa. Antônio é um homem negro esquizofrênico de 45 anos que reside em área rural de Vargem das Flores e traz em sua biografia e itinerário terapêutico as marcas da violência, vulnerabilidade e exclusão de maneira muito evidente.

A indicação do nome de Antônio ocorre após alguns pedidos diretos do pesquisador para as equipes, que falaram com ele sobre a existência da pesquisa e pavimentaram o caminho para o aceite na ocasião do convite. Logo na primeira troca de mensagens, Antônio liga para o pesquisador por chamada de vídeo, parecia querer confirmar a identidade de quem ali se apresentava. Uma vez apaziguado, aceita conversar com o pesquisador em um sábado, em frente ao seu posto de saúde. Apontamentos do encontro no Diário de Campo registram algumas reflexões iniciais:

Foi uma das entrevistas mais interessantes que eu fiz. Marcamos em um sábado em frente ao seu posto de saúde e lá estava ele. Antônio é um homem negro esquizofrênico morador da zona rural da periferia com passagem por hospital psiquiátrico. O modo simples de concatenar as ideias é característico de seu histórico de adoecimento. Interessante que o adoecimento psíquico não coloca obstáculo para invenções práticas para articular o próprio tratamento: mantém um cadastro ativo em determinado Centro de Saúde de Belo Horizonte, fazendo uso das consultas de psicologia e psiquiatria da Capital e recorrendo à rede de Contagem somente quando esta é mais conveniente. A falta de acesso a direitos civis aparece como elemento vulnerabilizar: o Estado cortou sua aposentadoria por invalidez de maneira inesperada, o que trouxe prejuízos para o seu sustento. Chama a atenção que Antônio não sabia ou não conseguia se articular juridicamente para reverter tal situação como, por exemplo, procurar ajuda do CRAS, orientação jurídica ou petição para tentar reverter a situação. (Registro do pesquisador em diário de campo)

Antônio Carlos localiza o início de seu adoecimento psíquico à época em que estava com cerca de 15 ou 16 anos. Segundo refere, deu início a um medo intenso e generalizado, com crises de pânico e tentativas de suicídio. Enquanto reconstrói sua história pelo relato durante a entrevista, associa o medo e as crises à experiência de presenciar constantes episódios de violência por parte

de seu pai para com todos no lar. Abusando de bebidas alcoólicas, uma vez embriagado o pai batia em sua mãe, nele próprio e nos irmãos frequentemente. Os relatos de violência são extremos. Em cena descrita, Antônio tenta proteger a mãe de uma agressão, intervém e recebe um golpe de facão desferido pelo próprio pai em sua testa.

Como dito, das crises de pânico decorrem tentativas de suicídio. Em dada ocasião, quando estava com cerca de 18 anos, tenta morrer atirando-se na frente de um carro de polícia. Duplo efeito decorre do acontecimento: (1) a polícia opera como um elemento de ligação de Antônio Carlos com um serviço de saúde mental, fazendo chegar algum cuidado pelos serviços formais; (2) mas assim o faz conduzindo-o para uma internação em conhecido hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte, marcando sua biografia.

A partir de então, em momentos de crise e desestabilização, Antônio Carlos alterna passagens por diferentes serviços de saúde mental de diferentes municípios. Antônio tem uma ligação muito forte com determinado território da regional Oeste de Belo Horizonte, com passagens pelo CERSAM de referência. Refere também período de acompanhamento no Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) de Ribeirão das Neves, serviço com funcionamento de CAPS daquele município, elogiando muito o vínculo estabelecido com a equipe. Refere ainda passagens CAPS de Contagem, descritas como pontuais e com menor vinculação.

Na escuta possibilitada pela entrevista, chama a atenção a riqueza e sobriedade com que faz os relatos de vivência alucinatória e episódios de agressividade durante as crises. No momento presente, alcançada boa estabilidade do quadro, Antônio mantém acompanhamento regular em Centro de Saúde da regional Oeste de Belo Horizonte, acessando consultas de psicologia e psiquiatria. Uma vez indagado sobre tal construção, Antônio Carlos assim responde:

(Pergunta do pesquisador: Ô Antônio, agora eu queria te perguntar assim, o motivo pelo qual você vai lá em Belo Horizonte pra se tratar lá, por que que você faz isso?) [...] Já tem um tempo que eu faço tratamento lá, desde... eu faço porque lá pra mim as coisas são mais fáceis. [...] E aqui é mais difícil. A única coisa que eu... O que eu consegui foi, é, visita domiciliar pra minha mãe aqui, mas meu pai não tá tendo paciência, ele tá achando que tá demorando. Porque aqui em Contagem as coisas são mais difíceis, né? Tá começando agora, né? Ai ele tá querendo arrumar um carro, alguém pra levar minha mãe pra tomar a injeção da gripe. Ai eu tentei ver com a Natália aqui, Natália já tinha até marcado já com ela. Mas meu pai não tá tendo paciência. Não é caso meu, mas é o caso dele, ele quer as coisas pra agora e as coisas não é assim. No tempo que a pessoa, né? Tudo é no tempo de Deus, eu creio sim. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro)

Dessa forma, quando julga conveniente, Antônio acessa também ofertas de cuidado da rede de Contagem. Para isso, utiliza dois endereços conforme requisito de cada serviço, transitando entre os municípios com transporte coletivo e acessando o cuidado de que necessita. Chama a

atenção a participação ativa na construção do tratamento em saúde mental, aspecto que será aprofundado adiante, na ocasião da análise do material das entrevistas propriamente dito. A figura 11 ilustra o itinerário terapêutico descrito por Antônio Carlos.

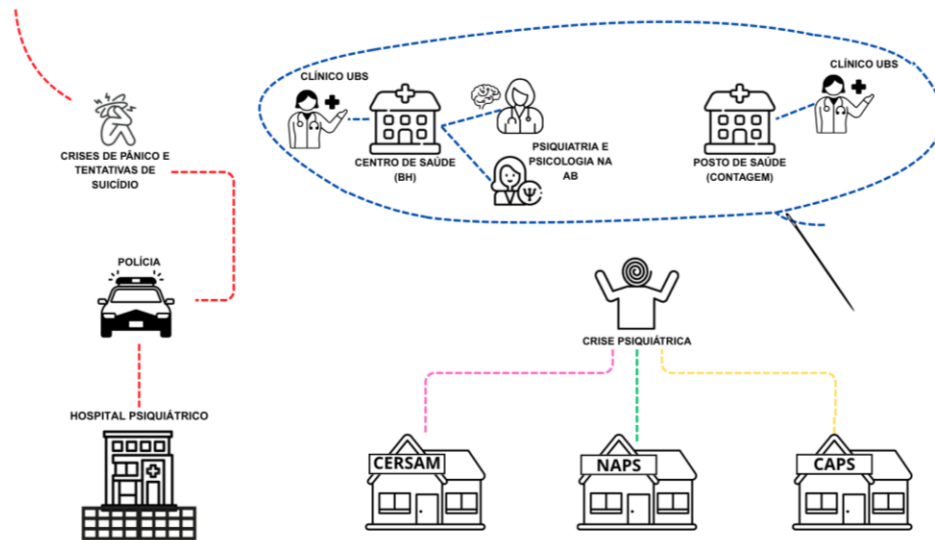


Figura 11. Itinerário Terapêutico de Antônio Carlos (lapso de 30 anos)

A entrevista com Antônio Carlos faz pensar sobre o quanto o conjunto de marcadores da diferença, em sua história, operaram a todo vapor, oprimindo, excluindo e vulnerabilizando. Relatos de dificuldades de acesso a direitos civis e vivência de silenciamento e exclusão dentro da própria família permitem entrever os atravessamentos interseccionais em várias dimensões de sua experiência social. Quando, ao final da entrevista, Antônio Carlos revela que cresceu em um lar violento, foi como se o entrevistador já soubesse que esse tipo de experiência poderia estar presente. Importa destacar, contudo, que a história de Antônio Carlos é uma história de como ele enquanto sujeito foi encontrando formas de resistir, se cuidar e sobreviver, não sem ser marcado pelos processos de exclusão e opressão aos quais foi submetido.

5.2.11 Amarrações: itinerários, biografias, pontos de enlace e desenlace entre o singular e o coletivo

A descrição de como minimamente ocorreu o encontro com cada um dos participantes da pesquisa permitiu uma aproximação com o singular de cada história, as especificidades de cada

contexto. Permitiu reconstruir os diferentes encontros com os sujeitos e seus itinerários de cuidados, assim como os afetos e afetações provocados pelos encontros. Durante a coleta de dados, por diversas vezes o entrevistador vai sendo levado a pensar sobre o seu lugar nesta pesquisa, vai sentindo que opera a partir de uma berlinda, a partir da dupla função ocupada ao longo de todo o estudo, a saber: (I) pesquisador de mestrado e (II) psicólogo, trabalhador da rede de saúde mental de Vargem das Flores.

Importa destacar que esta pesquisa, desde a sua concepção, estrutura-se a partir de uma abordagem qualitativa que não pressupõe qualquer neutralidade do pesquisador, que, pelo contrário, adquire um papel ativo no processo de pesquisa (Bosi & Gastaldo, 2021). Afinal, é preciso reconhecer, a própria definição do objeto a ser pesquisado já opera um recorte na realidade, feito a partir do interesse e subjetividade do pesquisador. Em meio ao contexto desta pesquisa, não se pode falar em pesquisa participante, uma vez que a posição de trabalhador é muito diferente daquela dos usuários que vieram a participar do estudo. Os lugares não se confundem. Mesmo assim, o fato de que a pesquisa teve início a partir de inquietações oriundas do próprio trabalho no território teve implicações também durante a execução da mesma.

Em algumas situações, a dupla posição do entrevistador causava embaraço. Afinal, o método da pesquisa propunha uma coleta de dados sim, porém realizada a partir da escuta de diferentes histórias de vida e sofrimento imiscuídas em um território específico. Neste sentido, durante as entrevistas, bastava escutar e registrar o discurso do informante ou o encontro era também a oportunidade de construir o conhecimento a dois, em meio às relações específicas que, momentaneamente, se estabeleceram? Em verdade, talvez a pesquisa não teria sido possível se conduzida por uma equipe de pesquisada alheia à realidade na qual procurava se inserir.

Em quase todas as entrevistas se evidencia que o acesso aos entrevistados ocorre a partir de uma abertura possibilitada pelo próprio vínculo com a rede de saúde. É como se os profissionais que fizeram a indicação dos entrevistados emprestassem, com isso, um pouco da legitimidade ao entrevistador. É também a partir do vínculo que os usuários tinham com as equipes de saúde da atenção básica que estes aceitam conversar sobre coisas tão íntimas, falar sobre os cuidados recebidos.

Contribuições oriundas da teoria da interseccionalidade destacam o quanto é fundamental considerar a própria posição social, papel e poder dos pesquisadores ao adotarem uma abordagem interseccional e conduzirem suas pesquisas (Hankivisky, 2014). Os participantes foram abordados

por um entrevistador homem, cisgênero, branco, psicólogo e profissional de saúde que, pelo cotidiano do trabalho, está acostumado a entrar na casa e abordar o sofrimento das mais diferentes pessoas com delicadeza e seriedade. Ao se tomar em exame a materialidade da situação, é o crachá da prefeitura que abre portas e a carteirinha da UFMG que atesta a seriedade do estudo. Isto, contudo, não ocorre sem intempéries, obstáculos e desconfianças, que foram sendo enfrentadas uma a uma, conforme a pesquisa caminhava.

Nas linhas traçadas até aqui, procurou-se um olhar com proximidade e detalhes, sem, contudo, explorar e esgotar o conteúdo das entrevistas, a ser examinado logo adiante. Em princípio, avaliou-se importante apresentar os sujeitos de pesquisa para além de seus dados sociodemográficos e, um após o outro, circunscrever suas histórias, itinerários de cuidados, lugares de fala. Interessante que neste movimento, livre, mas não desadvertido, pôde-se perceber uma série de questões importantes para o estudo.

Inúmeras questões que se atualizam nas histórias individuais parecem remeter a dimensões coletivas mais amplas. Um exemplo são os relatos frequentes de infâncias vulnerabilizadas, a serem trabalhados adiante. Ou os atravessamentos operados pelos sistemas de dominação que aparecem em cada história, deixando marcas nos sujeitos. Neste sentido, a análise do material de pesquisa vai se construindo também em uma espécie de movimento pendular, desenhando uma topografia única que toca o singular e o plural, o individual e o cultural, o público e o privado, o psíquico e o social.

Neste ponto, interessa destacar a percepção de que os sujeitos dessa pesquisa parecem ir construindo seu caminhar pelas redes formais e informais de cuidado quase que intuitivamente, à partir da força dos acontecimentos, das necessidades de que têm consciência e dos recursos formais e informais disponíveis. O singular das histórias vai também desenhando itinerários terapêuticos que são intimamente associados às histórias individuais dos participantes, vividas a partir de realidades materiais e sociais generalizáveis.

Gerhardt (2006) demonstra que, ao lidar com o adoecimento, os indivíduos não seguem um único caminho, mas mobilizam recursos materiais e imateriais de forma plural e flexível. As estratégias de enfrentamento são construídas a partir de suas próprias histórias e experiências de vida, e não apenas por suas condições materiais. A autora enfatiza que, mesmo em contextos com restrições, os indivíduos atuam como agentes ativos em suas próprias vidas, encontrando espaços

para desenvolver estratégias que refletem suas capacidades individuais para manejar e construir suas situações de vida.

Essa perspectiva se conecta com o entendimento de Moreira, Bosi e Soares (2016) sobre a rede de cuidados em saúde mental, que vai além dos serviços formais e engloba a interação do sujeito com seu território e os diversos arranjos sociais que ele encontra. As autoras destacam que, para a atenção psicossocial, é fundamental considerar o entrelaçamento dos serviços de saúde com a vida social, reconhecendo que as estratégias de busca por cuidado são plurais e revelam a forma como o indivíduo se conecta para atender suas necessidades materiais e subjetivas. Desse modo, o sofrimento psíquico, sendo parte da existência humana, é abordado por meio de itinerários terapêuticos que se constroem na interface entre a agência individual e a rede de cuidados disponível no território.

A este ponto, convém resgatar a acepção política do conceito de território, descrito por Souza (2013) como um "campo de força", tal como detalhado anteriormente na seção dedicada ao referencial teórico. Dessa forma, vale recordar, o território se distingue do simples espaço físico, caracterizando-se fundamentalmente como um espaço definido e delimitado pelas dinâmicas do poder (Souza, 2013). Tal compreensão pode ser enriquecida pela noção miltoniana de "território habitado", que dialoga com os itinerários terapêuticos dos participantes desta pesquisa e faz referência às interações humanas e sociais que acontecem dentro desse campo de forças, que afetam e são afetadas por ele (Santos, 2005).

Merhy et al. (2014) oferecem o conceito de redes vivas que apresenta capacidade impressionante de condensar o que se observa nas amarrações que unem itinerários, território e biografias desta pesquisa. Para os autores, as redes formais, criadas pelo governo e pelas políticas públicas contrastam com as redes vivas que surgem no dia a dia a partir do uso que os sujeitos fazem dessas redes. O Ministério da Saúde, por exemplo, ao planejar as políticas, imagina uma rede sólida e controlada como se fosse uma estrutura fixa. Essa rede formal é pensada para ser previsível e organizada, como uma linha de montagem, com regras claras e bem definidas. Seria como um plano analógico, com um ponto de partida, um meio e um fim. Isto pode ser ilustrado com a divisão do cuidado em "primário" (postos de saúde), "secundário" e "terciário".

Na realidade, as redes de cuidado que as pessoas de fato usam são bem diferentes, são dotadas de qualidades que as fazem, verdadeiramente, redes vivas: elas se formam e se desfazem, dependendo da necessidade. Podem surgir em qualquer ponto e não seguem a lógica linear e rígida

das redes formais. Assim, o plano formal pode até servir como ponto de partida, mas na prática, ele é constantemente modificado e atravessado por essas redes vivas, que são muito mais complexas e se adaptam à vida real das pessoas (Merhy et al., 2014).

A análise dos itinerários de cuidado, das narrativas de vida e das vivências no território habitado (Santos, 2005; Souza, 2013), articuladas a partir dos conceitos de redes vivas (Merhy et al., 2014) e dos itinerários terapêuticos (Gerhardt, 2006; Moreira, Bosi e Soares, 2016), demonstrou a complexidade e a agência dos sujeitos no processo de busca por cuidado. As histórias individuais, repletas de particularidades e estratégias de enfrentamento, revelaram a interface entre o singular e o social, mostrando como o território e as relações de poder nele contidas moldam e são moldadas pelas trajetórias de cada pessoa.

Contudo, para aprofundar a compreensão sobre os múltiplos sentidos e significados atribuídos a essas vivências, é necessário um olhar sistemático sobre o material empírico. A seção seguinte se dedicará a apresentar a análise temática reflexiva do conteúdo das entrevistas, seguindo as premissas de Braun & Clarke (2006, 2021), desvelando os temas centrais originados das entrevistas com os usuários da saúde mental do território de Vargem das Flores. A partir dela, será possível ir além da descrição e apresentação das histórias, buscando as convergências e as particularidades que se manifestam nos dados, a fim de construir uma interpretação robusta e aprofundada dos resultados da pesquisa.

5.3 A concretude da experiência de adoecimento psíquico

O vocábulo experiência traz significados que, desde o início, o associam à realidade concreta da vida. Tido como “conhecimento ou aprendizado obtido através da prática ou da vivência” (ex: experiência de vida; experiência de trabalho)¹³, “ato de experimentar”¹⁴ ou “conhecimento adquirido graças aos dados fornecidos pela própria vida”¹⁵. Para grande parte da teoria social contemporânea, o termo “experiência” é usado para se referir a “experiência vivida” diária, concreta; aquela que é dada anteriormente a toda predicação ou “representação”, sendo, portanto, o fundamento de todo o saber (Alves, 2016).

¹³ Dicionário Online de Português (Dicio). Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>

¹⁴ Dicionário Priberam de Língua Portuguesa. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/>

¹⁵ Dicionário Michaelis de Língua Portuguesa, versão online. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/>

Embebido no aporte da fenomenologia e apontando a importância do conceito para os estudos dos itinerários terapêuticos, Alves (2016) circunscreve que a experiência está diretamente ligada ao “mundo da vida” (*Lebenswelt*), ao mundo tal como é imediatamente vivido e anterior à distinção entre sujeito e objeto; anterior a toda objetificação científica. Esse mundo, o mundo cotidiano, é o mundo da práxis; onde o conhecimento adquirido é utilizado para orientação nas situações diárias e para resolver problemas com os quais o sujeito se defronta. O engajamento no mundo cotidiano produz, ao longo do tempo, um “estoque de conhecimento”. Ou seja, pelas circunstâncias nas quais o sujeito é enredado, ele acaba por desenvolver um conjunto de “receitas”, de “estratégias” e “planos de ação” para lidar com “mundo da vida”.

A análise do material empírico da pesquisa localiza um sofrimento psíquico em íntima associação com a realidade vivida. Cláudio, verbaliza explicitamente a questão, com o seguinte comentário interessante:

“É. Mas... Mas o meu emocional cada vez ficava mais abalado, mais... Frágil, cada vez mais, entendeu? E eu sempre lutando para não deixar isso aparecer, entendeu? Sempre lutando para dar conta das coisas que a vida me propôs”. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

“Sempre lutando para dar conta das coisas que a vida me propôs”. É assim que o relato de Cláudio parece condensar, em uma só frase, as afetações que o mundo da vida tiveram sobre ele e seus esforços para reagir a isso. Neste sentido, almejando compreender a experiência de adoecimento psíquico dos entrevistados desta pesquisa, é significativo notar que a análise temática das entrevistas levou à criação de temas em íntima associação com a experiência concreta vivida pelos sujeitos. Temas como “infâncias vulnerabilizadas”, “família: transgeracionalidade, suporte e rejeição”, “violência, trauma, dor e sofrimento”, “trabalho como espelho social” remetem, diretamente, ao que foi vivenciado a partir da realidade exterior, enquanto o tema “vivências, interpretações e sentidos” parece aludir um pouco ao que os sujeitos fizeram com isso.

5.3.1 Infâncias vulnerabilizadas

A análise temática reflexiva das entrevistas permitiu a identificação de temas e subtemas transversais ao conteúdo empírico da pesquisa, sendo o tema “infâncias vulnerabilizadas” exemplo significativo. A escolha do termo “vulnerabilizadas” em detrimento de “vulneráveis” ocorre a partir do entendimento de que essas infâncias foram vulnerabilizadas pelos diferentes processos de

opressão e exclusão que moldam a sociedade capitalista no Brasil e na América Latina atualizando-se, frequentemente, dentro dos lares onde cresceram os entrevistados.

Couto, Oliveira e Separavich (2019) destacam que a interseccionalidade constitui uma perspectiva teórico-metodológica transdisciplinar que permite compreender a complexidade das identidades e suas relações com as desigualdades sociais. Segundo as autoras, a análise das desigualdades sociais, marcadas, simultaneamente, por classe, gênero e raça/etnia, deve ser desenvolvida em conjunto com uma crítica ao sistema de subordinação colonizador, capitalista e globalizado característico das sociedades ocidentais.

Para começar, as pessoas que foram entrevistadas vivenciaram, desde muito cedo, privações e violações intimamente associadas à classe social na qual nasceram. Extrema vulnerabilidade social, miséria e fome marcaram a trajetória de diferentes participantes, a exemplo de Rita, Cármen, Keren e Fagner, que verbalizam tais vivências de maneira mais explícita. A escassez material implicava a dificuldade de acesso ao básico para viver, tal como roupas, alimentos e moradia. Nas palavras de Cármen:

“Oh moço, a minha história é muuuito grande (ênfatiza). Fome... Pessoa que, quem passa fome, só sabe, fala o que que é a fome”. (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

Relatos como este apareceram de maneira espontânea na pesquisa. Perguntados sobre a história de adoecimento e acompanhamento em saúde mental, os entrevistados eram levados a recordar de toda sua trajetória e associavam “uma infância difícil” à experiência de adoecimento psíquico vivenciada. No mesmo sentido, a experiência de ter crescido em um lar no qual um ou os dois genitores abusavam de bebidas alcoólicas é apontada como adoecedora, de modo que Isabela, Antônio Carlos e Rita descrevem terem passado por isso. A situação é agravada quando acompanhada de violência doméstica, como neste trecho relatado por Isabela:

Bem, doutor, eu já sou depressiva desde criança, né? O meu pai bebia muito. Minha mãe também. Então assim, eu vivi minha vida toda em constantes brigas dentro de casa. Meu pai quase matou minha mãe muitas vezes (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Importa chamar a atenção para este ponto. Antônio Carlos e Isabela referem ter crescido em um lar violento, no qual o uso do álcool e a violência doméstica aparecem como associados, de maneira que ambos estabelecem ligação entre o sofrimento psíquico que vieram a desenvolver e o fato de testemunharem as agressões em casa. Por exemplo, Antônio Carlos refere o sentimento de um medo insuportável, nomeado por ele como “trauma” e “síndrome do pânico”, que o fez realizar três tentativas de suicídio ainda na adolescência. Segundo relata:

Quando eu via meu pai chegando em casa, eu ficava traumatizado. Que eu sabia que ia começar a ficar violento quando ele chegava bêbado em casa. Então eu tinha que ter medo, né? Tinha medo de fazer alguma ruindade com a minha mãe, com nós, irmão. Meu pai era muito violento, meu pai andava armado, sabe? Porque antigamente, dava tiro, ficava dando tiro na... Lá no Morro das Pedras. Meu pai era muito violento. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro)

Há que se perguntar: como não sentir medo, desespero, tristeza ou terror frente a um ambiente hostil e ameaçador? Após a infância vivida em contexto de violência, a experiência reiterada de violências e violações acabou por produzir em Isabela um estado constante de alerta, com graves dificuldades para dormir, humor deprimido e tentativas de suicídio. Antônio Carlos, por sua vez, no início da vida adulta viria a ter um desencadeamento psicótico, com delírios e alucinações bastante evidentes. Neste ponto, refletir sobre a determinação social do adoecimento psíquico contribui para historicizar e contextualizar os processos que marcam e produzem efeitos sobre as pessoas que apresentam algum sofrimento mental. Conforme colocado por Borde, Ferreira e Morais (2024, p. 255), “isso não significa negar os processos fisiopatológicos, mas antes, implica politizá-los e situá-los nos contextos em que ocorrem”. Impressiona o seguinte relato de Antônio Carlos:

Meu pai... Igual eu te falei, meu pai era muito violento, batia na gente também muito, batia muito na gente, chegava em casa embriagado né, então isso também me abalou um pouco, mexeu um pouco, assim, comigo, porque, não tava... Vendo ele agredir, meus pais, minha mãe, uma vez também fui entrar na frente, ele foi dar uma facçãozada nela, eu entrei, pegou na minha testa. Aí, chamaram a polícia pra ele, os vizinho, na época, aí hoje ele já não é assim mais (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Neste sentido, percebe-se o quanto as infâncias vulnerabilizadas são importantes para compreender a experiência de adoecimento dessas pessoas. Conforme dito anteriormente, este tema apareceu como transversal a todo o conteúdo empírico da pesquisa. Contudo, é preciso frisar que diferenças de gênero apresentaram-se bem demarcadas nos relatos dos entrevistados, de modo que os processos de vulnerabilização das infâncias parecem ter sido diferentes para os homens e para as mulheres que participaram deste estudo. No caso dos homens, identifica-se que diante da miséria e vulnerabilidade social, rapidamente fez-se recair sobre eles o papel de provedor do lar. Mesmo que ainda fossem crianças, Manuel Ramos e Fagner referem experiências de trabalho infantil para garantia do sustento da mãe e dos irmãos, uma vez que eram, também, “o único homem da casa”.

O provedor da família. Eu fui criado assim, eu fui criado assim. Eu não tive, tive pai. Tinha só mãe, né? Meu pai separou da minha mãe, eu tava com nove pra dez anos. Aí eu comecei a trabalhar muito cedo, é, comecei a ajudar minha mãe muito cedo. Eu tenho, eu tenho três irmãs, são quatro

irmãos. Eu tenho três irmãs, eu sou o mais velho e o único de homem. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

Percebe-se, com isso, que a experiência de trabalho infantil relatada pelos homens foi marcada pela atribuição do papel de “provedor” muito cedo, o que faz pensar na atualização de um papel ligado ao gênero masculino. Aqui, convém debater algumas nuances. O trabalho infantil não foi exclusivo da vivência dos homens, mas percebe-se que era legitimado a partir de uma lógica atribuída ao gênero. Cármen, por exemplo, também passou pela experiência de trabalho infantil, mas a vivência não se justifica pelo gênero, ou pelo menos não pelo gênero masculino. Filha de uma mãe extremamente severa, que não escondia uma preferência pelo único filho homem, Cármen descreve ter herdado grandes responsabilidades e ter sido muito agredida pela mãe enquanto seu irmão, único homem, era poupado, se comportava como um “boneco” e era tratado pela mãe como “um príncipe”:

Eu, desde a idade de sete anos, que era pra mim brincar de boneca, fazer as coisas que uma criança normal faz, eu não fazia. Morava na roça, tinha de, meu pai separou da minha mãe, essa irmã caçula minha, que tinha três mês. Deus, quando eu entendi que, eu era, eu, eu dentro da casa, tomei uma responsabilidade muito grande, que eu era pai, mãe da mãe, e marido, tudo que me mexesse dentro de casa, eu tinha que resolver, que minha mãe, minha mãe, minha mãe era muito doente, sabe, e meu irmão, nunca gostou, esse que eu perdi, Deus o tenha, se eu não falo na vida, não falo na morte, mas ele não gostava de trabalhar, então eu tinha que sustentar ele tudo, era, a minha infância não foi fácil, foi muito complicado. [...] Um dia minha mãe me deu um coro que eu nunca mais quero esquecer. [...] Ó, metia o pau, meu filho, ela tinha quatro hérnias pra barriga afora, era uma coisa horrorosa, e era muito sem saúde, morreu sem saúde também. Existia mamona, eu era, pra mim que eu era mais velha, ah, pra mim era quatro varas de marmelo, que você bate, não quebra. Lá atrás da vara, e o boneco lá, que era meu irmão, era um príncipe, era o único né, filho único, então...(Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

O relato de Cármen é significativo de diferentes formas. A postura severa da mãe, lida como forma de educar, traduzia-se em agressões físicas importantes e, mais à frente da entrevista, chega a ser defendida por Cármen, ainda que de forma ambivalente. Entretanto, no exemplo aqui destacado, fica a impressão que o gênero operou de maneira distinta do que aparece no relato de Fagner, de modo que Cármen assume quase todas as responsabilidades do lar, enquanto “o único homem” na família era poupado. Talvez o que esteja em jogo seja uma outra faceta dos papéis de gênero historicamente performados nas sociedades ocidentais, a saber, a mesma que, no contemporâneo, faz com que a mulher viva uma dupla ou tripla jornada de trabalho enquanto o homem, tido como provedor, pode trabalhar somente fora de casa.

Avançando na discussão, é conveniente recordar a advertência feita por Hankivsky (2014) de que, numa perspectiva interseccional, as vidas humanas não podem ser reduzidas a uma ou outra

categoria tomadas isoladamente ou a partir de um somatório de seus efeitos, numa abordagem aritmética dos marcadores da diferença. Segundo Viveros Vigoya (2016), as relações sociais estão inseridas em experiências concretas que podem ser vividas de formas muito variadas e, para Patrícia Hill Collins (2022), raça, classe e gênero se entrelaçam, criando experiências únicas e complexas.

Percebe-se, com isso, que a perspectiva da interseccionalidade enriquece o debate ao permitir uma abordagem que leve em consideração diferentes lógicas operando de maneira complexa e simultânea. Dessa forma, aspectos ligados à história familiar e relacional precisam ser considerados. Cármen parecia ocupar um lugar diferente no afeto dessa mãe, o que pode ter relação com seu gênero, mas a afetava e a colocava em um outro lugar do que aquele ocupado pelo irmão nesse grupo familiar. O entrelaçamento entre gênero, trabalho infantil e os mais diferentes acontecimentos biográficos, de afeto e relacionais pode ser discutido também a partir da história de Keren. Vale recordar, Keren perdeu os pais muito cedo, foi posta sobre a guarda de uma meio-irmã descrita como má por determinação da justiça e, desde muito cedo, passou pela experiência de trabalho análogo à escravidão:

É meio-irmã. Então, assim, ela que ficou... É, meio que responsável pela gente. Mas a gente ficava na casa de um, na casa de outro, entendeu? Nas parentada tudo, entendeu? Servindo né, as pessoas, porque criança na época não vinha pra ser parte da família. Vinha pra poder servir de escravo pras pessoas da casa, né? Então eu era mais uma empregada deles lá. E com problema. E apanhava. Apanhava. Nossa senhora. Era qualquer coisa que eu fazia, e eu escondia debaixo cama, entendeu? Eu passei. Eu graças... Hoje, eu sou muito mais feliz. Eu não tive infância. Nossa. Nossa. (Keren, 55 anos, mulher parda)

São relevantes os relatos frequentes de violência física entre os entrevistados da pesquisa a partir das mais diferentes lógicas e justificativas possivelmente apontadas ou identificadas em seus discursos. Os adultos com os quais os entrevistados tiveram contato enquanto cresciam utilizavam a violência para fazer valer sua autoridade e seus interesses. Neste contexto, os subtemas aqui trabalhados parecem produzir uma situação árdua e degradante suportada pelos sujeitos da pesquisa desde muito cedo. Exemplo ilustrativo é dado pelo relato de Rita, que diz ter precisado pedir esmola para ajudar no sustento da família:

[...] eu já pedi esmola pra tratar da minha mãe, do meu pai, dos meus irmãos. Já catei latinha na rua, papelão. Eu pedi esmola sê... E quando eu chegava com o pão velho, aqueles mofado, ainda ganhava um coro daqueles, dessas borrachas de pneu. (Rita, 55 anos, mulher negra)

É preciso registrar, contudo, que a análise temática do material da pesquisa demonstrou que as mulheres, desde muito cedo, conviveram com o risco de terem seus corpos explorados

sexualmente. Sabe-se que meninos também podem sofrer abuso sexual. Entretanto, atravessamentos de gênero fazem com que mulheres estejam muito mais expostas a isso. A vivência da objetificação de seus corpos é verbalizada por Cármen e Isabela, que viveram tentativas de abuso sexual infantil.

Um dos amigos do meu pai, que bebia com ele, tentou abusar de mim quando eu era mais nova, quando eu tinha 7, 8 anos. Então já começou daí. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Em seus relatos, a experiência de passar por uma tentativa de abuso é descrita como traumática e adoecedora. Isabela sofreu uma tentativa por parte de um amigo de seu pai. Cármen, por sua vez, foi enviada pela família para trabalhar como doméstica para um casal em outro estado e outra cidade, de modo que precisava dormir no trabalho e o patrão começou a assediá-la. Aqui, gênero e trabalho infantil articulam-se de maneira lastimável:

Agora vamos lá, com 13 anos. Quando eu fiz 13 anos, eu já tinha um corpo de sereia. Eu era uma mulher de invejar. Meus patrão falava... Parecia uma coisa da pomba gira, que tá repreendida. Meu patrão falava, “eu te dou tudo pra você virar a minha amante”. Trabalhei dentro de Vitória. De 13 anos pra 14, trabalhei 3, quase 4 anos. O dia que ele começou a arrastar, de madrugada, não era a esposa dele, de madrugada tinha que dar a ele, levantar de madrugada, porque eu morava com eles, eu morava em Conselheiro, tinha que morar em Vitória com eles. Até de manhã cedo coisas que ele podia fazer, ele ponhava eu pra fazer: pegar a cela, pegar não sei o que, pegar não sei o que... Ele tentou passar a mão em mim 2 vez, 3 vez... Jogando as piadinhas dele. Aí um dia eu falei, “não, isso aí eu não aceito pra minha vida não”. Aí o que acontece? Peguei, chamei a minha patroa e falei com ela. (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

É importante considerar que Cármen e Keren relatam experiências parecidas nas quais foram morar e trabalhar como empregadas domésticas na casa de outras pessoas, entretanto, torna-se necessário analisar os exemplos mais detidamente para, a partir dos mesmos, extrair algumas reflexões importantes. Keren precisava trocar a própria subsistência pelo trabalho, sem direito a educação ou nada mais, enquanto Cármen trocava a sua própria subsistência e a de sua família de origem pelo trabalho. Na realidade de Keren, violência física era utilizada como forma de coação. Cármen, por sua vez, conviveu com o assédio sexual do patrão.

Apesar das diferenças, ambos os relatos compartilham o contexto de vulnerabilidade infantil e exploração. As duas mulheres foram expostas a um ambiente onde não havia proteção, e a violência era parte de seu cotidiano. Ambas as narrativas expõem a falta de pertencimento na vida das meninas. Keren não era parte da família, e Cármen, mesmo morando com a família empregadora, era tratada como uma propriedade. O sentimento de não pertencer e de ser "propriedade" de outra pessoa está no cerne das duas histórias.

A compreensão das nuances implicadas nas duas cenas nos remete ao conceito de agenciamento. Couto, Oliveira e Separavich (2019) referem sobre a existência de uma margem de ação (agenciamento) dentro do complexo sistema social no qual os sujeitos estão inseridos, a depender da posição que ocupam nos sistemas de classificação das sociedades e do tipo de controle exercido sobre eles.

Enquanto Cármen tinha uma família e para onde voltar, Keren não tinha ninguém por ela e nem um lugar para voltar, de modo que a diferença entre os relatos reside na capacidade de resposta à violência. No processo de formação das identidades sociais dos sujeitos, os marcadores sociais atuam de forma dinâmica, fluida e flexível; tendo como base contextos históricos particulares, relações situacionais de poder e privilégios, assim como processos estruturais de opressão (Couto, Oliveira e Separavich, 2019). Enquanto Keren pouco podia fazer frente ao abuso ("eu escondia debaixo [da] cama"), Cármen demonstra uma recusa em aceitar a violência e uma tentativa de reação ativa, tanto é que, após procurar a patroa, Cármen foi mandada de volta à casa de sua família.

O tema “infâncias vulnerabilizadas”, em si, reúne duros relatos de miséria material, fome, vulnerabilidade social, alcoolismo e violência doméstica entre os cuidadores, vivências de trabalho infantil e trabalho análogo à escravidão, bem como violência física e sexual logo nos primeiros anos de vida dos entrevistados. A abordagem da determinação social do adoecimento, articulada com a teoria social crítica da interseccionalidade, permitem entrever a participação desses múltiplos traumas, sobrepostos e interconectados, no adoecimento psíquico da população estudada. Contudo, outros elementos que compõem tais processos complexos precisam ser trabalhados para aprimorar essa compreensão.

5.3.2 Família: transgeracionalidade, suporte e rejeição

Ao se tentar compreender a experiência de adoecimento psíquico dos participantes da pesquisa, identifica-se o grupo familiar e seus efeitos como um operador importante a ser considerado. A análise temática do conteúdo das entrevistas faz o tema “família” aparecer a partir de, pelo menos, três acepções ou subtemas, a saber: família como transmissão de padrões entre as diferentes gerações (transgeracionalidade), família como suporte ao tratamento e à saúde mental e, finalmente, a família como reprodutora de exclusão e rejeição.

Rossana Pinho (2021), brincando com a palavra “família”, recorda que ela tem origem no latim e que esta, surpreendentemente, significa “o conjunto dos escravos da casa”. Derivada de “famulus”, o termo latino “familia” evoluiu com o tempo para abranger o conjunto de pessoas que viviam sob o mesmo teto e sob a autoridade de um chefe de família, incluindo parentes, servos e escravos¹⁶. A alusão à origem do termo nos coloca frente a um significante que demarca o aprisionamento frente a uma trama familiar que remete, com isso, ao conceito da transgeracionalidade (Pinho, 2021).

O fenômeno da transgeracionalidade pode ser definido como um processo de transmissão familiar que faz parte da própria estruturação do núcleo da família e que é responsável pela perpetuação dos legados, valores e crenças entre gerações sucessivas (Falcke & Wagner, 2005). Botton *et al* (2015) pontuam que o conceito tem origem na ideia de que o sujeito só se constitui na relação com o outro e que, por isso, as relações no contexto em que a criança se desenvolve são essenciais para transmissão de conteúdos de forma transgeracional. Sendo os pais e mães modelos de espelhamento e identificação para seus(suas) filhos(as), a transgeracionalidade no contexto familiar é inevitável, de modo que as experiências socializadoras dos indivíduos, em especial as mantidas no ambiente familiar, terão papel importante nas possibilidades e limites de suas trajetórias (Botton *et al*, 2015). Tal conceito ajuda a perceber o que Antônio Carlos está tentando dizer quando relata o seguinte:

Porque é uma luta, né? Mas, é, minha mãe já tá com 81 anos. Ela tem problema de coluna séria, ela anda agachada. Ela tem problema com o coração, problema de depressão, tem hora que cé pega ela chorando. Os mesmos problemas que eu tenho, minha mãe quase tem. Minhas irmãs também tomam remédio. Minhas irmãs. Isso vem de geração, geração de família. É de repente, começa a chorar assim, não tem motivo, não tem razão. De repente dá aquela tristeza, você não tem motivo, você não tem razão, ninguém te fez nada. Você começa a chorar do nada. É assim que acontece com a gente. Ai você tem que chorar, desabafar, sabe? É isso. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

O que acontece que, de maneira inexplicável, padrões de comportamento e de relação parecem se repetir ao longo das gerações? Cármen e Isabela, quando deixaram a casa dos pais para se casarem, acreditaram que, com isso, estariam “dando um grande passo” e se livrando de um contexto violento. Logo adiante, ambas viram se atualizar dentro do próprio casamento uma relação abusiva, violenta e violadora, com comentários de ambas sobre a frustração daí advinda. A respeito do fenômeno da transgeracionalidade, o relato de Rita é certamente ilustrativo:

¹⁶ Mais informações sobre a origem etimológica do termo “família” estão disponíveis em: <https://etimologia.com.br/familia/>

Assim, eu não tenho o amor de um pai, o amor de uma mãe, sabe? Eles bebiam muito. Eu aprendi a beber e a fumar com eles. Porque eles ficavam... “Ô nega”, meu pai me chamava só de nega. Ô nega, pega uma pinguinha pra mim? Eu falava, “ah pai, não vou pegar não”. “Vai pegar e é agora!”. Aí eu tinha que ir lá pegar, o resto eu virava na boca. “Acende o cigarro pra mim”. Eu ia lá, tinha que puxar do maço pra dar pra ele. Comecei a fumar, lá em casa tinha dois cômodos. A cama de casal ficava lá no quarto. E a de solteiro, cá. Na de solteiro ficava eu, e a Maria, e a Marcia (nomes fictícios). Três na cama de solteiro. Aí eu acendia o cigarro debaixo das coberta, pra mim fumar. A Maria brigava comigo, a Marcia brigava comigo, mas eu aprendi a fumar. (Rita, 55 anos, mulher negra)

Isabela e seus dois filhos viveram muitos anos lidando com um comportamento disruptivo e violento do ex-marido desta, que também é pai dos meninos. Certamente a experiência teve efeitos negativos sobre todos eles pois, além de Isabela, os dois meninos já realizaram tentativas de suicídio e passaram pelo CAPS infantil do município. É com muita insatisfação que ela revela que, hoje em dia, seus dois filhos estão fazendo o uso de drogas ilícitas, tal como o pai, que além de incentivá-los para tal, fornece o dinheiro necessário. Não se compreende, não se deseja, contudo, quando menos se espera, a história se repete:

Infelizmente na minha família tem um histórico de depressão, entendeu? Então assim, está repreendido o nome de Jesus, mas infelizmente já vem acontecendo. A depressão é uma doença terrível, às vezes a pessoa nem sabe que está deprimida, com essa doença, que para mim é uma doença. Então já teve no mínimo, que eu sei né, umas cinco pessoas que passaram pelo mesmo... Assim, não foi a mesma coisa, cada pessoa de uma forma diferente. Na minha família com esse problema. Tanto que agora eu estou fazendo, tentando fazer o tratamento da minha filha, que ela teve crise de ansiedade e ela está até tomando remédio por isso. (Rúbia, 51 anos, mulher negra)

Enquanto alguns pais e mães tendem a repetir o que lhes foi ensinado, outros (as) se empenham em não repetir os padrões educativos recebidos na sua família de origem, de modo a não reeditar os erros percebidos de sua própria educação (Wagner, Predebon, & Falcke, 2005). No entanto, frequentemente muitas vivências experimentadas na família de origem são repetidas na família atual, ainda que as expectativas tenham sido outras (Falcke & Wagner, 2005). Isto porque a transmissão de valores não é um processo de causa e efeito, mas sim um fenômeno que está inserido num contexto complexo em que múltiplas variáveis se cruzam e se complementam (Wagner, Predebon, & Falcke, 2005).

Além da transmissão de padrões entre as gerações, alguns entrevistados apontam a família como um suporte importante nos momentos nos quais ocorreu o adoecimento psíquico, operando como uma ponte ou articuladora dos serviços para fazer chegar ao familiar adoecido a intervenção percebida como necessária naquele momento. Na época, a esposa de Manuel Ramos vinha insistindo com ele que aceitasse algum tipo de tratamento, enquanto ele demonstrava certa resistência. Ela consegue que ele aceite minimamente procurar ajuda quando faz uma articulação

com dois ex-patrões dele, que utilizam da boa relação que tinham para lhe apontar que estava na hora de procurar atendimento devido ao alcoolismo.

A família de Rubia, por sua vez, teve um papel organizador para seu tratamento, sendo possível identificar de maneira clara iniciativas importantes a cada momento de seu cuidado. Inicialmente, percebendo que algo não estava certo com Rubia, eles acionam o posto de saúde de referência, que providencia uma visita domiciliar por dois profissionais da APS (médico, psicóloga), os quais, à revelia das considerações da luta antimanicomial, orientam uma internação psiquiátrica, a qual foi providenciada pela família. Em seguida, revezam-se para acompanhar o momento de internação de Rúbia dentro do hospital psiquiátrico e, na ocasião da alta, fazem com que ela já saia do hospital com uma consulta agendada com a psiquiatra de seu território, amarrando a continuidade dos cuidados. Conforme relato seguinte, mesmo agora em momento de estabilidade e acompanhamento ambulatorial na UBS a família segue contribuindo para o cuidado de Rúbia:

E o meu esposo é uma pessoa maravilhosa. Quando eu tive o problema de depressão, ele me acompanhou o tempo inteiro. Entendeu? O que ele podia fazer, ele fez, igual, dia de semana ele não tinha condições de ir no hospital psiquiátrico, mas final de semana ele estava lá comigo. E os meus irmãos, eu sou a mais nova, né, de uma família de nove, os meus irmãos me ajudaram demais. Quando eu estava internada também, eles estavam junto comigo. [...] Então assim, os meus irmãos se uniram pra cuidar de mim, junto com o meu marido. O meu menino tinha 13 anos e a menina tinha 9, então eles não tinham como cuidar, né? Mas tive todo o apoio, todo o apoio que uma pessoa possa pensar em ter, eu acho que eu tive mais. A minha irmã casada, ela que ia nas reuniões com o psiquiatra do hospital, ele se chama Dr. Fabian (nome fictício), ótimo médico também. Entendeu? Então assim, ela que ficava sabendo como que tava o andamento, como que tava... É, acompanhava né? A evolução da doença e como que eu tava ficando. E depois passava pro meu marido que trabalhava, né? E meu cunhado até hoje, ele é marido dela, cuida de mim. Porque eu tomo um remédio que chama olanzapina. Já ouviu falar? O que que acontece? O olanzapina o custo dele é um pouquinho alto né? Eu ganho ele na farmácia do Estado. Eu nunca fui lá pegar esse remédio, o meu cunhado desde o dia que a doutora Sam (nome fictício) passou esse remédio para mim, eu tenho uma sobrinha que trabalha dentro da farmácia do Estado e eu consigo pegar ele de graça. (Rúbia, 51 anos, mulher negra)

É preciso destacar, ainda, o papel importante operado pela família de suporte emocional, contribuindo para que o sujeito consiga suportar as dificuldades advindas do adoecimento ao poder, minimamente, sentir que não está sozinho e que existem pessoas queridas dispostas a dividir a carga com ele. Há que se destacar, contudo, que poucos entrevistados trazem em seus relatos percepções sobre a família como suporte ao tratamento, com apenas três (Manuel Ramos, Fagner, Rúbia) entre os 10 entrevistados relatando esse tipo de vivência.

Eu acho que me ajudou a minha família não ter também desistido de mim. Porque, é, eu lembro que entre esses picos, entre altos e baixos, aí a doutora Sam (nome fictício), é muitas vezes ela falava: “Olha, você agradece muito a Deus. Por você ter uma família, sua família tá sempre com você”, a doutora Sam conhece os meus filhos, ela conhece a minha esposa, né, hoje ela conhece o

meu netinho também, é, ela fala, então, “a maioria dos meus, dos meus pacientes aqui, o maior problema que eles têm é com relação ao ciclo familiar, porque a maioria deles perdem esses ciclo, e você nunca perdeu a sua família, sua esposa tá sempre com você, seus filhos estão sempre com você”. Então, tipo assim, cara, o que sempre me ajudou foi a minha família, que nunca desistiu de mim. E nunca deixou eu também desistir. Mesmo nesses momentos que eu te falei com você aí, que, é, foram momentos assim, barra mais barra, barra mesmo, sabe? Mas nunca me deixou... E nunca desistiu de mim, nunca me deixou desistir, nunca desistiu de mim. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

É comum no campo da Saúde Mental o rompimento de vínculos familiares, fato que é comentado pela psiquiatra que atendia Fagner no excerto acima. Keren traz relatos de uma experiência de não poder contar com a família extensa, de modo que seu filho, mesmo pequenininho, tinha para ela uma função de “apoio psicológico” (em seus termos) ou motivador para suportar as adversidades, garantindo forças para seguir adiante:

Eu conto é com Deus mesmo. Por isso que às vezes eu ficava doida entendeu? (ri) Catando remédio. Eu ia nos postos pra eu catar remédio, caçar remédio pra eu poder tomar um pouquinho. Quem era meu suporte? Tipo assim, de vida. Mais psicológico, não de apoio, apoio psicológico mesmo, para poder me dar força pra... Era meu filho, desde pequenininho. Entendeu? Ele era, nossa, meu tudo. Ele era meu tudo, minha vida. As vezes a gente passava dificuldade, as vezes a gente estava passando até... Por dificuldade até fome, a gente já passou. (Keren, 55 anos, mulher parda)

Manuel Ramos descreve a percepção de que, com o decorrer do tempo e a persistência do uso abusivo de álcool, o grupo familiar passa a mudar um pouco a relação com ele, evitando sua presença em festas e eventos:

Então, você vai seguir conselhos e aí você vê que você está diferente de pessoas, que estão, vai te... te tirando você fora da programação, entendeu? (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco)

No discurso de Helenice, prevalece a descrição de um isolamento social mais importante. Ela refere uma relação delicada com a mãe, que parece ter origem mais antiga na história das duas, com relatos de que a mãe nunca teve empatia para com o seu sofrimento e, pelo contrário, até nos momentos mais difíceis ficava lhe dizendo que “depressão é falta de Deus”, deslegitimando sua dor. Apesar de ter duas filhas e morar com elas, também não as aponta como suporte:

Mora eu, uma filha de 20 anos e uma de 15. Praticamente eu falo que mora só eu, né? Porque quando eu chego em casa eu me isolo, eu entro pra dentro do quarto e fico lá dentro do quarto. Mas que reside lá são três pessoas. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

Entre os participantes da pesquisa e seus familiares, três cenários distintos mostram-se mais relevantes: ou o usuário é protagonista do próprio cuidado e não necessita de ajuda, ou a família é tida como suporte importante ou, por fim, há um desgaste já estabelecido nas relações e o sujeito não pode contar com familiares em sua trajetória de cuidados. Aspectos ligados à família, contudo, parecem participar da experiência de adoecimento do usuário de saúde mental, como, por exemplo,

nos relatos diretos do fenômeno da transgeracionalidade, no auxílio na busca e chegada ao tratamento assim como, frequentemente, dificultador do tratamento, uma vez que a ausência da família deixa vazio um lugar difícil de ocupar nas condutas sugeridas pelos serviços de saúde.

5.3.3 Pancadas da vida: violência, trauma, dor e sofrimento

A construção de uma compreensão possível acerca da experiência de adoecimento psíquico dos participantes deve, necessariamente, considerar o relato de histórias vividas que, segundo os próprios, participaram da origem do adoecimento psíquico. Diferentemente do que foi discutido no tema “infâncias vulnerabilizadas”, os acontecimentos aqui trabalhados estão ligados à vida de modo geral, apesar de cronologicamente circunscritos, não só, mas principalmente, na vida adulta e cujo atravessamento parece marcar os sujeitos de maneira atemporal. Neste sentido, impressiona os relatos de violência doméstica vivenciados, ou, para melhor adjetiva-los, relatos de violência de gênero:

E eu trabalhando... Chegava na minha casa pra dormir, pra descansar o corpo, com minha filha na barriga e meu marido não me deixava dormir, me batia. Eu tinha que dormir toda vez no lençol, no chão. E meu marido não trabalhava, e eu ia o dia todinho trabalhando, e trazer comida pra ele, tinha que fazer. E ali meu marido o que ele me dava era traição e couro. Sem merecer, porque eu era, eu sou uma mulher trabalhadora, isso você pode perguntar. Todo mundo dentro do Tupã me conhece, Nova Contagem eu morei 52 anos. (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

Aqui, o gênero opera como dimensão de vulnerabilização, aumentando a exposição do sujeito à violência doméstica perpetrada por um parceiro homem. Os relatos de agressão física durante a gravidez são lamentáveis. Chama a atenção, ainda, o registro de que o homem violento não gostava de trabalhar, de modo que era sustentado pela mulher. Situação semelhante foi vivida por Isabela, cuja gravidade do relato torna imperioso que seja transcrito na íntegra:

Aí conheci o pai dos meus filhos, né? E quando a gente conhece a pessoa, mas não conhece a pessoa a fundo, né? Não conhece, né? Eu achei que eu faria um grande passo, saindo de casa, casando. Casei... (riso frustrado) Mais uma vez me dei mal, porque o casamento era... o relacionamento era abusivo, né? E, assim, né, depois disso eu trabalhava muito. Muito mesmo, que ele não gostava de trabalhar para sustentar os meus filhos e assim, fui abusada dessa vez eu fui abusada mesmo por três homens chegando do serviço e pelo que o delegado falou, caducou o processo, mas pelo que o delegado falou, foi ele que tinha mandado... É, na verdade, não foi abusar de mim, foi me matar, porque os homens falavam o tempo todo de esquitejamento. Até então eu não entendia o que era isso. Né. Convivi com isso três meses sozinha, porque ele não deu assistência nenhuma. Nenhuma. E ainda falou pra mim que já não podia ficar comigo, porque eu já tinha servido a outros homens. Isso foi a verdade que ele falou. Me traía muito. Levava até para dentro de casa. Inclusive depois que, a gente, separou que ele saiu de casa, os meus filhos, né, na época eram pequenos, um tinha

cinco anos, falou que ele levava mulher para dentro de casa, faziam as coisas, e falava que se eles contassem, ia cortar a língua deles fora. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Aqui se evidencia uma inversão atroz e complexa onde a mulher assume os o que é socialmente atribuído ao homem (sustentar o lar) mas ao mesmo tempo sofre todas as opressões e assume as funções que são historicamente atribuídas às mulheres. No relato de Isabela, no decorrer das investigações, descobre-se que o ex-marido tinha mandado 03 homens para matá-la e estes, no momento do ato, optaram pelo estupro ao invés do esquiteamento. A pura e simples descrição da situação faz pensar sobre o lugar atribuído a Isabela por este homem: a de um objeto, e um objeto eliminável. O que acontece em seguida são episódios incessantes de revitimização, na repetição persistente de uma situação degradante.

E assim... Né. Entrei em depressão profunda, né. E procurando ajuda também... Lá na empresa, quando cheguei na empresa, quando estava chegando na hora de ir embora, eu passava mal, desmaiava. Isso foi uns dois dias, sem contar para ninguém, e, com hemorragias né, porque eu tinha me machucado muito. E uma dessas vezes que eu desmaiei aí é. A médica, a psicóloga da empresa conseguiu tirar da minha boca, né. Não sei que forma, eu estava muito alterada né, e não sei como que ela conseguiu, mas conseguiu. Imediatamente, ela prestou socorro, me mandou para a delegacia, chamou um táxi, me mandou para a delegacia na época, fui fazer meu boletim de ocorrência, chegando lá policial que me atendeu, né, foi muito grossa, perguntou o que eu estava fazendo na rua naquela hora, porque naquela hora era horário de mulher de rua mesmo. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Na cena descrita, uma policial do gênero feminino, diante de Isabela, uma mulher negra periférica, repete a violência de gênero, atacando sua honra e culpabilizando-a pela violência sofrida. Adiante, em outra seção temática, discutir-se-á a experiência vivida pelos entrevistados de que as leis não são suficientes para protegê-los. Aqui, convém refletir sobre as diferentes camadas de violência que se interseccionam. Gênero, raça e classe se articulam no excerto. Será que essa policial feminina teria se sentido autorizada a falar de tal maneira com uma mulher branca empresária? Provavelmente não. Neste ponto, o relato de Isabela vai se tornando perturbador na medida em que vai ficando claro que seu corpo está estruturalmente exposto à violência, de modo que parece não haver nada capaz de operar uma proteção mínima, livrando-a da repetição da violência. O relato à seguir dá continuidade ao que acontece durante a cena com a policial feminina. Após o ocorrido, um gestor do RH da empresa em que trabalhava, mais uma vez, atualiza as ofensas:

E aquilo já caiu no meu chão, eu falei “não, eu estava trabalhando”, inclusive o assistente da empresa que estava lá, que foi junto comigo, falou “ela estava trabalhando, ela veio até de uniforme”, “mas esse não é o horário de mulher tar na rua”. Porque eu chegava em casa duas e meia da manhã, né. Foi, aconteceu e tudo, aí me encaminhou pro psicólogo do convênio. Fui na primeira consulta, levei o atestado pra empresa. O répor (menciona um cargo de chefia) da

empresa, mais uma vez, falou comigo assim, né... As falas dele. Isso marcou minha vida muito. “Eu não sei por que que você tá desse jeito. Não sei por que que vocês mulheres ficam desse jeito. Mulher já nasceu pra isso”. [...] É um assistente que fica no RH da empresa. Né que ele... Ele é responsável pelos atestados médicos né? Liberação pra alguma coisa. Rasgou o atestado e falou que o psicólogo não era médico, né? E eu não consegui mais trabalhar. E isso, as duas falas... Eu já estava muito, né, vulnerável, né? Eu não consegui, me consumiu muito, aí acabou que eu fui embora por conta própria, ele falou que ia me mandar embora, eu fui embora por conta própria, não consegui, peguei o especial na mesma hora, voltando, eu não consegui ficar. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

A fala do gestor é emblemática acerca do tipo de lógica que está em jogo nas cenas. “Mulher já nasceu pra isso”. Isso o quê? Já nasceu para ser violentada? Usada? Estuprada? Tanto a repetição da violência quanto o raciocínio exposto remetem à banalização da violência de gênero, demonstrando que, na nossa sociedade, a depender da raça e da classe, a violência contra a mulher é aceitável, esperada, permitida e até mesmo justificável. Que estado de bem-estar, de saúde mental ou bem viver é possível sustentar em meio a tanta violação? Neste momento, o campo da Saúde se intersecciona com o da Justiça e, mais especificamente, o da Justiça Social.

É... Fui, induzida, a ir no sindicato, o sindicato, na hora me prestou toda assistência, aí fez uma... O sindicato fez uma denúncia, abriu um processo contra empresa, entre eles lá, e me encaminhou para o Ministério do Trabalho, na época, e o Ministério do Trabalho é que me deu o papel para poder eu entrar né, no INSS, para poder fazer os tratamento direitinho, que, querendo ou não eu tinha que fazer exames semanalmente, era aquele processo todo de... É... Que eu tinha que fazer. E aí automaticamente a empresa já cortou a cesta básica, já cortou o convênio. [...] A psicóloga da, a minha psicóloga do convênio, na hora que ela deixou... A forma que foi, ela se sentiu muito incomodada e ela deixou o número dela pessoal comigo. Eu liguei pra ela, saindo dali, eu liguei pra ela da empresa e ela me induziu a ir no sindicato imediatamente. Porque, querendo ou não, pelo que ela me informou, aquilo foi um acidente de percurso de trabalho. Era considerado um acidente de percurso de trabalho e eu tinha o direito, do tratamento, né? Aí eu fui, que era perto da empresa, não era tão longe. Desci do especial, certa distância, e fui no sindicato. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Nas cenas descritas por Isabela, o socorro veio, inicialmente, a partir da intervenção de duas psicólogas: uma da empresa, que consegue que ela fale sobre o que tinha ocorrido e providencia que ela vá à delegacia; e a segunda, do convênio, que acaba deixando seu número pessoal com ela e, quando soube das falas do gestor da empresa, sugeriu que ela procurasse o sindicato imediatamente. Apesar de ter sido perguntada especificamente sobre, Isabela não esclarece o uso da palavra “induzida”, apenas fornecendo os detalhes acima descritos sobre quem a “induziu” (psicóloga). Importa destacar que as violências de gênero sofridas por Isabela não param por aqui e voltarão a ser discutidas em outra seção de texto. Neste momento, os relatos são ilustrativos para refletir sobre quais os efeitos de vivências desse tipo sobre a saúde mental dos participantes? Para Isabela:

Inclusive eu estava tomando dois clonazepam, já cheguei a tomar quatro e não consigo dormir. Eu não consigo dormir à noite. Eu fico a noite toda... Rodando, as vezes eu dou aquela cochilada, mas parece que o tempo todo... O doutor Ariel (psiquiatra, nome fictício) e os médicos né, que vieram, falaram comigo que, com tudo que eu passei, o meu cérebro não consegue descansar, então se chegou, respirou (suspira) perto de mim, automaticamente, qualquer barulhinho, qualquer barulhinho, eu tô alerta. É o tempo todo, como se eu tivesse, não só a mim, mas o cérebro ficava em constante medo, constantemente, o tempo todo. Então, eu não consigo dormir. E o doutor passou um outro remédio para mim que eu estou conseguindo cochilar. Não estou conseguindo dormir ainda, mas pelo menos os cochilos eu estou conseguindo, tô conseguindo dar durante a noite. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Retomando uma fala de Cláudio, já citada anteriormente, a saber, “eu sempre lutando para dar conta das coisas que a vida me propôs”, vai ficando evidenciado que, para estes sujeitos, a vida frequentemente é difícil e essas dificuldades são passíveis de uma leitura interseccional. De modo geral, violência, trauma, dor e sofrimento parecem representar aspectos com os quais eles precisam lidar cotidianamente por serem quem são. A experiência de adoecimento de Cláudio, por exemplo, é por ele intimamente associada à vivência de sofrer preconceito, ser atacado e marginalizado por ser um homem gay.

É preconceito, porque, antigamente, ser uma pessoa com condição de homossexual, não é igual hoje, entendeu? Hoje é mais tranquilo, as pessoas já não... Antigamente eles agrediam, xingavam, cuspiam na cara, era uma coisa assim bem... Bem... Bem esquisita entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Claudio traz relatos de agressões persistentes em diferentes esferas de sua vida social. Isolamento, exclusão e sensação de não pertencimento estão presentes desde muito cedo em sua vida. Importante identificar que desde muito cedo Cláudio compreende que a estigmatização sofrida está associada à sua orientação sexual, apesar dele próprio não reproduzir na entrevista as palavras que eram utilizadas para ofendê-lo, é provável que as ofensas viessem carregadas neste sentido.

Eu comecei a ter sofrimento mental mais ou menos é, com 17, 18 anos. Né, que eu comecei a perceber que eu não estava me encaixando direito, entendeu assim, nas coisas. 17, 18 anos, é... Por eu ter vivido também, acho que na minha adolescência, discriminação né, aí, eu acredito que, na época, tempos atrás, tinha muito preconceito com homossexual. Então, eu acho que isso me atingiu muito, porque eu não consegui nem ficar perto da minha família, por causa disso né. Talvez para proteger eles, para proteger eu também, por medo assim um pouco. Dificuldades, é, emocional, nessa área, aí eu acho que me afetou bastante, entendeu? Ter que enfrentar já isso na vida, no início. Então, aos 18, 19 anos, eu... Começo a ficar mais nervoso, mais irritado, não, não... Me sentia bem em todos os ambientes que eu estava, entendeu? Tanto de trabalho quanto, é, social, me sentia isolado. Mesmo que tivesse cem pessoas, minha família perto de mim, mesmo assim eu não estava me sentindo bem. Entendeu? Eu estava me sentindo sozinho, e triste. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Em sua trajetória, trocavam-se os empregos, trocavam-se as pessoas e a mesma cena ia se repetindo: colegas rapidamente estigmatizam-no e excluíam-no de maneira associada à sua orientação sexual. Posteriormente, com o avanço do relato, fica a impressão que o sentimento de exclusão e marginalização o acompanharão por toda a sua trajetória de modo que, como visto, Claudio pareceu apresentar dificuldades de se vincular com os serviços de saúde quando começou a buscar ajuda para lidar com o sofrimento. À seguir, a metáfora utilizada de que as pessoas “não conversavam” “na mesma língua” que ele parece traduzir o sentimento de estrangeirismo dentro da própria comunidade:

Então foi uma descoberta entre os 15 e os 18, 19 anos né, eu percebi, o primeiro tratamento na área de saúde foi mais ou menos é... Com 22 anos, mais ou menos né, quando eu estava trabalhando com a equipe de zoonoses em Belo Horizonte, mas eu tinha passado por preconceito em outras equipes já. Né, então, trabalhando na minha equipe, eu tive dificuldade de adaptação. Então, como eu já percebi desde dos meus 14 até os 19, 20 e poucos anos, que eu tinha, que as pessoas não conversavam a mesma língua minha, não tinham diálogo mesmo e então eu me sentia excluído e também perseguido por essas pessoas em geral. Entendeu? Então foi uma época muito difícil, aí foi quando eu tive meu primeiro tratamento. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Avançando no esforço de localizar os acontecimentos de vida que, na história dos entrevistados, provocaram impacto suficiente para participarem da origem das experiências de dor e sofrimento, algumas histórias vividas por Helenice tornam-se paradigmáticas. Em sua experiência, dor física e alterações corporais se conjugam em mistura perigosa, provocadora de intenso sofrimento psíquico:

A minha história foi 13... De março de 2022. Eu sofri um acidente de moto aqui dentro do bairro mesmo. E nesse acidente de moto, não foi um acidente de moto simples, foi um acidente de moto agravante, que eu quase tive que amputar minha perna. Fiquei internada por 30 dias, eu quebrei a tibia, perdi o meu calcanhar, estourei meu joelho, aí eles colocaram aquele suporte até então para no dia seguinte fazer a cirurgia para colocar platina. Aí eu dei muitas bolhas d'água, eles tentaram abaixar as bolhas d'água e não conseguiram, eles tiveram que estourar, aí eu dei muitas feridas. Por conta dessas feridas eu não pude fazer cirurgia no dia seguinte. Eu fiquei 30 dias lá tentando tratar das feridas e eles, com medo de eu pegar uma bactéria, alguma infecção, me deu alta para me tratar em casa. Aí eu vim embora com o suporte. Aí lá no hospital eu sofri muito, porque teve um... O meu calcanhar eles costuraram ele, só que ele necrosou. Eu tinha que ir para o bloco cirúrgico uma vez por semana para tirar a necrose. Um dia desses que me levaram para o bloco cirúrgico. Eles esqueceram de prescrever o medicamento para mim. Eu já estava sofrendo por causa das dores... Aí eu tentei suicídio. Esse dia eu tentei suicídio, foi com um carregador de celular, só com um cabo de carregador. Só que a dor estava tanto que eu não aguentei me enforçar eu mesma. Foi onde as companheiras de quarto chamou a médica, aí veio psicólogo, veio psiquiatra, veio médico. Aí eles passaram a exigir que alguém passasse a noite comigo, para mim não tentar mais nada. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

O acidente de trânsito é apontado como verdadeiro balizador de sua vida e a dor física, sentida como insuportável, lança Helenice em meio ao sofrimento psíquico e ao suicídio. Após os cuidados hospitalares, Helenice emagrece aproximadamente 30 quilos, diz não reconhecer a si mesma no próprio corpo, desenvolve um quadro depressivo mais grave, comete outras tentativas de suicídio. O relato abaixo ilustra minimamente o sentimento de estranheza dentro do próprio corpo:

Aí eu estou tentando me tratar pra fazer uma cirurgia, que além de eu ter vergonha pelo motivo do meu pé, eu tive que tatuar ele todo, eu... Fiquei com um pé mais gordo do que o outro, aí agora tenho esse excesso de pele. Eu tenho vergonha. Eu tenho vergonha de mim mesma. Tanto que quando eu emagreci, eu demorei mais de anos para mim me olhar no espelho. Eu não estava me reconhecendo. Eu não estava reconhecendo a minha voz, eu não tava reconhecendo meu corpo, porque foi uma coisa assim muito grosseira em tão pouco tempo eu com 30 dias que eu saí de lá eu já saí pele e osso. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

Entre os acidentes e inesperados da vida que impactam e foram apontados pelos entrevistados como desencadeadores de sofrimento estão o luto e a perda de entes queridos. Cármen e Helenice fazem associações entre o quadro depressivo que desenvolveram e a perda inesperada de entes queridos. Em ambos os relatos, destaca-se o caráter trágico envolvendo a morte dessas pessoas. A intensidade da dor, no relato de Cármen, vai se evidenciando na medida em que ela apresenta dificuldades até mesmo para falar sobre o assunto:

Porque foi minha filha... Ó, primeiro eu tive de enterrar a minha mãe. Eu morei com a minha mãe 14 anos. Tive de enterrar a minha mãe. Depois veio minha filha. Depois eu não fui, porque eu não estava com psicológico pra ver. Depois veio meu irmão. Eu falava muito com ele pelo celular. Depois veio meu neto. Eles mataram ele com 18 tiros no peito (chora alto). E eu não estou, ô moço, eu não estou convivendo, eu não estou aguentando mais conviver com essa vida que eu estou vivendo mais. Quando foi em três meses que mataram meu neto, foi minha irmã, assim, a caçula, veio a falecer também. (Mal consegue falar) (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

O relato de Cármen sobre o assassinato de seu neto é forte e permite reflexões sobre a noção de trauma enquanto um acontecimento que irrompe fora de qualquer cadeia de sentido possível. Apesar de não aparecer no trecho destacado, o neto de Cármen estava dormindo na cama quando as pessoas que viriam a executá-lo o buscaram dentro da casa da avó. Neste ponto, a morte enquanto um acontecimento difícil de simbolizar é agravada por uma morte que, do ponto de vista racional e afetivo, não faz sentido nenhum. As mortes presenciadas por Helenice também podem ser descritas de tal forma:

No começo de Agosto eu tinha uma consulta lá no CEAPS (CAPS) que eu lembro como hoje. Eu todo dia levantava fazia o cafezinho dele, ele ia lá em casa e tomava, porque eu morava em cima

da casinha dele. Nesse dia ele não foi. E tava dando a hora de eu ir pra consulta e ele não apareceu. Aí eu desci pra ver o que tinha acontecido. Eu achei meu pai sem luz. Eu comecei a entrar em desespero, eu comecei balançar ele para levantar, eu comecei a falar com ele para ele acordar que não era o dia dele, que quem tinha que ir era eu, não era ele. Foi um desespero tão grande eu ter encontrado meu pai naquela situação. Que essa é a única lembrança que eu consigo ter dele, de eu achando ele morto, isso para mim foi um desespero, foi uma anemia, isso para mim foi como se eu entrasse lá no fundo do poço de novo. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

“Isso pra mim foi um desespero, foi uma anemia, isso pra mim foi como se eu entrasse lá no fundo do poço de novo”. Helenice fala sobre um acontecimento aturdente, que tira as forças, faz perder o chão. Apenas para citar, uma segunda vez Helenice passa por algo semelhante. Pouco depois de seu pai, o marido morre em uma situação na qual ela o encontra sem vida. Desejando ter morrido ela própria, Helenice fala sobre um sentimento de contrariedade tão grande que retira o sentido da vida:

Nó... Eu fiquei sem saber o porquê que...O porquê aconteceram tantas coisas comigo depois do meu acidente pra cá. Eu me questiono, eu pergunto a Deus. Por que eu... Por que ao invés de ter levado meu pai não me levou? Por que ao invés de ter levado meu esposo não me levou? Então por causa disso tudo, a minha vida perdeu sentido. Por causa disso tudo, eu não vivo, eu vegeto. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

Sabe-se que a vida tem suas dificuldades e isso está para todos, o que é senso comum. Entretanto, a perspectiva da interseccionalidade aplicada à saúde coletiva nos permite considerar que algumas pessoas têm as dificuldades de sua vida intensificadas pelo entrelaçamento de diferentes camadas e sistemas de dominação, violência e opressão. Neste sentido, refletir sobre a determinação social do adoecimento psíquico é poder contextualizar a sua origem, sem, com isso, ignorar suas especificidades, seu funcionamento e implicações neuroquímicas e cerebrais. Afinal, existem remédios para um humor gravemente deprimido. Entretanto, vida ruim não tem remédio e as duas coisas não são equivalentes. O relato de Keren e o desespero de vivenciar a fome tendo um filho para criar é emblemático e ilustrativo sobre o ponto que está sendo discutido:

Às vezes a gente passava dificuldade, às vezes a gente estava passando até... Por dificuldade até fome, a gente já passou. Uma vez, eu lembro, uma vez, eu fiquei desempregada e a gente estava pagando aluguel, né? Aí, eu falei assim, “e agora? Acabou, acabou. Eu vou ter que dar o meu filho para os outros, né? Como é que eu vou fazer?”. O Brasil em crise, mandou a empresa, mandou todo mundo embora. Eu não podia ganhar pouquinho, porque eu tinha ele, pagava aluguel, pagava babá, tinha açougue, tinha remédio, tinha água, tinha luz, tudo por minha conta. E na época tinha telefone também, tinha um monte de coisa, era tudo por minha conta. Como é uma pessoa vai ganhar pouquinho? Não tinha jeito. Eu quis até me matar. Eu pensei até em me matar. Só eu, dou ele para os outros, e me mato, porque aí ninguém vai me achar, ou vai me achar e tudo enquanto ele está sozinho, ele vai acostumar com outra pessoa, com a outra família, pronto... Mas é, a minha sorte é que as pessoas não quiseram, entendeu? Até nisso, graças a Deus, me abandonaram. Dessa vez eu dou graças a Deus, porque aí sim, aí eu, nossa, você tá ficando é doída. Eu passei muita

(inaudível) nesse mundo, você tá é doida. Até chegar aqui. Hoje o meu filho, ele é o meu tudo. Nossa, você tem que ver, você tá doida. Ele é o meu mundo. (Keren, 55 anos, mulher parda)

A partir dos relatos, fica evidente que o adoecimento psíquico não pode ser compreendido como um fenômeno isolado, mas sim como o resultado de um complexo entrelaçamento de violências estruturais e interpessoais que impactam profundamente a saúde mental dos indivíduos. As narrativas de Cármen e Isabela, marcadas pela violência de gênero e revitimização institucional, revelam como a intersecção de raça e classe expõe as mulheres a uma vulnerabilidade brutal, tornando a violência não apenas uma experiência, mas uma condição de vida naturalizada. De forma similar, Cláudio exemplifica como a homofobia sistêmica permeia todas as esferas de sua existência, gerando isolamento, estigma e um sentimento de não pertencimento que acompanha sua trajetória.

Já as histórias de Helenice, Cármen e Keren expõem o impacto avassalador de eventos traumáticos – como acidentes, perdas trágicas e a luta pela sobrevivência – que extrapolam a capacidade de resiliência e de simbolização dos sujeitos, demonstrando que a determinação social do adoecimento não se limita a fatores socioeconômicos, mas se manifesta na concretude da dor, do trauma e da privação. Ao analisar estas "pancadas da vida", entendemos que o sofrimento psíquico é, em muitos casos, uma resposta a uma realidade onde a vida é frequentemente difícil, marcada por uma série de opressões que não têm remédio, exigindo, portanto, uma abordagem que transcenda a clínica tradicional e se volte para a justiça social, visando transformar as condições que geram tanto sofrimento e violência.

5.3.4 Entre o sucesso e o sofrimento: o trabalho como espelho social e agente de adoecimento

A análise temática reflexiva do material de pesquisa originado das entrevistas com pessoas que apresentaram intenso sofrimento psíquico e estavam em acompanhamento na atenção básica de Vargem das Flores demonstrou, de maneira inesperada, a temática do trabalho como importante para a compreensão da experiência de adoecimento psíquico dessas pessoas. A dimensão do trabalho aparece no discurso dos participantes amalgamada com a própria dimensão da vida, de modo que as vicissitudes dessa relação exigem detida consideração.

Na sociedade contemporânea capitalista, o trabalho representa muito mais do que a simples necessidade de ganhar a vida, configurando um pilar importante da identidade dos sujeitos e da

rotina cotidiana. A cultura capitalista nos ensina que o valor de um indivíduo está, em grande parte, ligado à sua capacidade de produzir e consumir. De maneira associada a este primeiro aspecto, há que se destacar o sentimento de realização descrito por Cláudio com os períodos de sua vida nos quais ele conseguiu “ter uma profissão” e “trabalhar”.

Aí, é... Eu fui lutando, então enfim, como profissional eu me senti... Me senti realizado pelo fato de eu ter chegado até lá e ter mostrado uma proposta de trabalho, que eu acreditava que ela poderia ajudar pessoas, né? Então era o meu trabalho, né. Então, eu jamais vou deixar que, as coisas negativas que aconteceram me tirem esse mérito. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Para Cláudio, que sempre teve dificuldades de ocupar um lugar de pertencimento, justamente pelo preconceito e exclusão por ele sofridos e que foram discutidos recentemente, concluir um curso de nível superior e ter uma profissão importante como a de professor (formou-se em pedagogia) permitiu-lhe, por essa via, alguma inserção social em um mundo no qual se vale aquilo que se pode produzir.

Manuel Ramos e Fagner também falam sobre a dimensão do trabalho com muito orgulho e realização. Neste ponto, parece entrar na equação um componente de gênero importante. Manuel Ramos e Fagner, apesar de adoecidos, tiveram muita dificuldade de aceitar que não estavam suficientemente bem para sustentar as atividades profissionais, resistindo por algum tempo às sugestões de afastamento para cuidados em saúde. Coincidentemente, ambos só aceitam que estava na hora de procurar ajuda quando seus chefes, descritos como verdadeiras figuras paternas, lhe fazem a indicação direta de que era preciso procurar atendimento profissional. Neste ponto, é importante discutir os efeitos do papel de gênero sobre esses homens. Fagner, por exemplo, chega a realizar tentativas de suicídio em um momento no qual sentia que “não tinha mais expectativas” para ele:

Era o meu pensamento. Era o meu pensamento. E aí isso fica te comunando, fica te, fica ele te, fica te sugando, fica te corroendo, fica te, te, te, te alfinetando, não sei a palavra de dizer, fica te ferindo. Aí, cara, aí, cê olha pra um lado que você não tem condição, cara. Cê não tem condição, aí cê fica aí, cê fica com esse pensamento. “Que, pra que que eu sirvo? Qual que é o sentido? Que sentido eu tenho hoje? Qual que é o sentido pra mim hoje? Não tem sentido nada, não. Eu não, eu não, não tenho condições de, de trabalhar, não tenho condições de trazer o pão pra, pra, pra, pra minha casa. Eu não tenho condições de... de manter a minha família, como é que vai ficar isso?” Né? É... Mesmo sabendo que eu, que eu, que eu trabalhava, é... carteira assinada e tudo, tinha, é... o meu seguro da previdência, aqueles os negócios todo, tal. Mas o negócio, cara, é, você trabalhar uma coisa. Agora, esse negócio de você ficar ali parado ali esperando é outro. E eu nunca fui de ficar esperando, sabe? Igual eu te falei, sempre trabalhei, trabalhei, trabalhei e a minha vida sempre foi essa. Nunca pensava diferente, né. E aí quando se depara, você se sente obrigado a pôr o pé no freio, parar isso tudo aí e você vê que você. Você já não é mais aquele provedor, ah... O pensamento que vem a esse, “que sentido tem, né?”. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

No exemplo acima transcrito, Fagner confirmava ao entrevistador que a crença que participava da intensificação do seu sofrimento era a seguinte: “homem serve para trabalhar. Eu não estou podendo trabalhar, então, não sirvo pra nada”. O exemplo é emblemático para trabalhar o papel do machismo no adoecimento também dos homens. Aqui, convém citar que as mulheres da pesquisa, quando precisaram parar de trabalhar em decorrência do adoecimento psíquico, não vivenciaram tal situação com ainda mais sofrimento, diferentemente dos exemplos de Fagner e Manuel Ramos.

Dessa forma, percebe-se como a dimensão do trabalho incorpora, para os participantes da pesquisa, aspectos mais amplos do laço social, modulando, também nas relações de trabalho, as formas de “encaixe”, dominação e movimentação próprias da sociedade como um todo. No caso das mulheres, se estas não tiveram sua identidade associada quase que exclusivamente à dimensão do trabalho, uma vez inseridas no mercado de trabalho, as mulheres da pesquisa sofreram todas as consequências sociais ligadas ao seu gênero.

Como já exemplificado em seções anteriores, Cármen sofreu tentativas de abuso sexual no trabalho ainda quando criança, Keren era agredida fisicamente em uma relação de trabalho análogo à escravidão e Isabela, por sua vez, foi revitimizada, culpabilizada e teve sua honra atacada por gestores da empresa após ter sofrido um estupro no percurso do trabalho até sua casa. Neste sentido, percebe-se o quanto a dimensão do gênero atravessa também as relações de trabalho. No excerto à seguir, Keren narra uma cena de assédio vivida em seu trabalho:

Eu entrei na Amazon, há pouco tempo atrás (ri). O que aconteceu? Lá, o sistema é bruto, eu estava adequando ao sistema, a gente adequa ao sistema, só que não pega em mim não, não grite comigo. É, eu passo até mal, eu passo mal. Ai, é... Com menos de um mês, fui sair na portaria, isso seis horas da manhã, são onze horas por dia trabalhado, eu já acho muito puxado, aí eu saí seis horas da manhã, super cansada, doida pra poder pegar o fretado pra vir embora, a mulher me barra na porta, a segurança, e fala comigo, aí o cara, já veio dois seguranças enormes, me, me direcionando para o canto, tipo assim, eu falei, “ih, ferrou, agora eu perdi o fretado”. Aí ela botou a mão em mim e começou a gritar comigo, foi quase 20 minutos, dela gritando na minha cabeça, entendeu? Eu é, e eu não sei me controlar, é tipo assim, igual as pessoas normais, elas sabem. [...] É, então assim, é, eu... Eu não me controlei. As pessoas dizem, “nó, você é exagerada, você exagerou”, tipo assim, “você num”, é... “Não sai por causa disso”. A mulher, eu me senti muito invadida. Foi muita invasão. Se eu estivesse com o diagnó, com o laudo, com o negocinho, tinha sido totalmente diferente. Completamente diferente. Muito menos invasivo. (Keren, 55 anos, mulher parda)

Ao final do expediente de trabalho, uma segurança da empresa, ela própria uma mulher, realiza uma abordagem “muito invasiva” com Keren, que se sentiu violentada. Ao final do excerto, Keren começa a refletir sobre a possibilidade de ter evitado as agressões vivenciadas se já tivesse consigo “o laudo” ou o “diagnóstico”, recém obtido, de “autista”, feito por seu psiquiatra, cogitando

se teria sido poupada da situação. Não é possível uma resposta com base no material de pesquisa disponível, entretanto, a questão levantada por Keren é fecunda e pode ser sustentada um pouco mais.

Para Cho, Crenshaw e Mccall (2013, p. 795) o que torna uma análise interseccional não é simplesmente o uso do termo “interseccionalidade” nem tampouco o uso que se faz de uma lista de citações padronizadas. Em vez disso, o que torna uma análise genuinamente interseccional é a “adoção de uma forma interseccional de pensar sobre o problema da semelhança e da diferença e sua relação com o poder”. Lélia Gonzalez (2020) aponta a necessidade de insistir que, dentro da estrutura das profundas desigualdades existentes no continente latinoamericano, a desigualdade sexual está inscrita e muito bem articulada.

Dessa forma, pode-se pensar que mesmo o laudo que atestasse um diagnóstico de autismo poderia ser insuficiente para proteger Keren da situação abusiva, afinal, ela ainda seria uma mulher autista. Patrícia Hill Collins (2022) recorda que a interseccionalidade configura uma poderosa metáfora que oferece novas perspectivas sobre como os sistemas de poder não operam de forma isolada, mas sim se cruzam e se interconectam. Para a autora, ao abandonar as análises que se concentram em uma única categoria, essa abordagem nos permite enxergar as conexões entre esses sistemas, expandindo a nossa compreensão para além da raça e do gênero. Neste sentido, poderia-se pensar que um eventual diagnóstico pudesse adicionar mais uma camada de estigma à situação social de Keren, a saber, aquele historicamente associado aos loucos e desviantes da norma social, resgatando os termos foucaultianos.

Torna-se bastante interessante levar adiante esse exercício interpretativo. Usar a interseccionalidade dessa forma nos convida a deixar de ver os problemas sociais como fenômenos distintos e a focar nas suas interconexões (Collins, 2022). Vale recordar, além de autista e mulher, Keren não se considera uma mulher branca e, “precisamente porque esse sistema transforma diferenças em desigualdades” (Gonzalez, 2020, pp. 145-146), a discriminação por ela sofrida possivelmente assumiria um caráter triplo ou quádruplo, dada a sua posição de mulher, autista, proletariada e não branca. Cláudio, apesar de homem, era um homem gay de ascendência indígena que, durante sua trajetória profissional, pareceu compreender que atravessamentos de classe compunham obstáculos ao seu sucesso e realização no ambiente laborativo:

Mas eu enfrentei muitas dificuldades, entendeu? Pra levar a minha profissão à frente, ou seja, trabalhar na minha área, ser técnico na minha área, professor na área, e, devido, eu acredito, um pouco por ser, ser parte de uma profissional da inclusão, entendeu, então eu não tive todas as

oportunidades que eu acredito que muitas pessoas tiveram que estavam também na minha área técnica. Talvez eu não sabia escrever tão bem, não... É me comunicar, obviamente, eu não comunicava de acordo com as normas entendeu, que às vezes é exigido, entendeu? Então, é... Representou também uma ameaça para mim emocional, entendeu? Então, eu ia até empurrando esse serviço. E na faculdade também, quando eu fui, estava fazendo faculdade, eu tive crises, né? Várias crises, várias vezes passava pelo CERSAM, CERSAM? Acho que em Belo Horizonte era CERSAM mesmo, entendeu? Então... Duas, três, quatro vezes, mais ou menos. Ia, tomava os remédios, depois parava, tomava, parava, entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

No relato de Cláudio, classe, vida laborativa e sofrimento psíquico se articulam e se interseccionam compondo um cenário difícil para ele sustentar. Aos poucos, com o agravamento do adoecimento mental, Cláudio veio a se aposentar. Fagner e Isabela também, em algum momento do adoecimento, puderam fazer jus a algum benefício previdenciário. Dessa forma, apesar das dificuldades inerentes a ele, o trabalho configurou, para os três, alguma garantia de seguridade social na ocasião do adoecimento.

Analisar as diferentes facetas do trabalho para os participantes da pesquisa implica um trânsito entre diferentes acepções e funções do trabalho tomado em referência à experiência de adoecimento psíquico. Assim, convém ainda falar sobre o ambiente do trabalho como uma espécie de “termômetro” ou instrumento de aferição do adoecimento psíquico, configurando local privilegiado onde o sujeito dará primeiro notícias de que algo não vai bem.

Quando a relação com o álcool tornou-se extremamente prejudicial, Manuel Ramos costumava ir trabalhar embriagado. Helenice, Cláudio, Fagner e Isabela trazem relatos de crises vividas dentro do ambiente de trabalho, com necessidade de busca aos serviços de saúde de maneira imediata. O relato à seguir, apesar de extenso, condensa diferentes aspectos que foram sendo discutidos até aqui:

Eu tava trabalhando normal, tranquilo. De repente, eu só vi só um... Uma tela preta, assim, na minha frente. Aí, quando eu... Quando eu acordei... É, já tinha três dias que eu tava lá no Santa Helena. Os meus colegas de trabalho me socorreram, me chamou o SAMU e me levaram para o Santa Helena. Aí, quando eu acordei, já tinha uns três dias que eu tava lá. [...] Desmaiei. Segundo os meus colegas, eu desmaiei e comecei a dar... Da, da crise convulsiva, comecei a me debater, retorcer todo e não voltava de jeito nenhum. Aí eles, foi onde eles chamou a, chamou o SAMU, né? Aí o SAMU veio e eles entrou em contato com a, com a minha esposa. Aí eu já tava também já lá no Santa Helena. Depois de três dias que eu, que eu acordei, que eu fiquei sedado lá que eu acordei, que eu fiquei sabendo o que que aconteceu. Voltei de novo ao trabalho. E aí as, as crises foram, foram, aí foram se tornando mais cotidianas. [...] Convulsiva, é... Alguns falavam até epilepsia. E, e assim, era do nada. De repente, tava bem do nada, já caía ali. Já começava a me debater, aquele negócio todo. Aí também já não conseguia dormir bem mais, já tinha muita insônia, pesadelo, é, já tava, já não tava conseguindo mais se concentrar mais, nem no trabalho mais direito. Aí até que o meu, meu, meu chefe falou pra mim, “olha, eu vou te dar umas férias pra ver se você consegue recuperar... Aí se você conseguir recuperar, aí a gente, a gente continua”. Mas ele falou comigo

assim, “mas eu acho que no seu caso você vai precisar de afastar e vai precisar de se cuidar. No seu caso, no caso, é saúde mental mesmo”. Aquilo ali pra mim foi um choque. Sempre que, como você diz, nunca tinha me deparado com uma situação então. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

De maneira mais direta, pode-se dizer que o adoecimento psíquico de Fagner foi por ele intimamente associado à eventos vividos em seu trabalho. Nesta história em específico, capitalismo contemporâneo, violência e criminalidade interagem na produção de uma experiência traumática e ansiogênica, com consequências negativas que marcaram a trajetória de Fagner e sua família. Vale recordar, o itinerário terapêutico de Fagner refere uma trajetória de vinte e dois anos entre as primeiras crises e seu percurso de cuidados em saúde mental. O trecho abaixo é ilustrativo:

Eu trabalhava numa empresa de transporte coletivo. Eu trabalhei como... É, cobrador de ônibus nessa, nessa empresa. É, no, comecei lá desde o ano de dezembro de dois mil, de noventa e sete. Dezembro de noventa e sete eu comecei a trabalhar nessa empresa. Ai entrei como cobrador de ônibus, né, que eles falam trocador, né? Ai, é, e nessa época aí, passados assim uns três, quatro anos, começou muito assalto na região, muito assalto. Assalto um através do outro. Fora falando que os horários também, que a empresa ofereceu uns horários, assim, é, muito, é... Muito pesado, vamos dizer assim, questão sim de, de descanso, né, pra gente poder ter um descanso, pra gente poder recuperar, e, e com isso... Começou essas ondas de assalto na região. Ai começou, é... Assalto, assaltavam a gente com arma de fogo. É... Tomei coronhada na cabeça. É... E aí começou. Esse negócio começou e parece que começou a mexer com a minha cabeça e... E aí todo mundo que, que entrava assim perto de mim assim que eu achava suspeito, eu já achava que ele era o assaltante que ia me assaltar. Dia de folga, é, ao invés de eu sair com a minha família, ao invés de eu curtir a minha folga, eu ficava dentro de casa, dentro de um quarto fechado, é, com medo de um assaltante chegar. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

O excerto destacado assinala, sobremaneira, um sofrimento psíquico intimamente relacionado a questões sociais mais amplas (violência) atualizadas no contexto de trabalho (assaltos frequentes). Em meio a esse contexto, há que se destacar a percepção de alguns entrevistados de que a própria condição de conviver com o sofrimento psíquico produz atrasos e dificuldades de obter sucesso na vida laborativa. Keren, por exemplo, ao comparar-se com suas irmãs, tidas como “normais”, chora e se angustia, sentindo que falhou diante do imperativo capitalista:

Eu tenho minhas duas irmãs. E elas é... Todas duas, entendeu, tipo assim, graças a Deus, elas... Uma fez, é, fez, é, é, é, MBA né? Na área dela lá, que no caso a área dela é mais... Exatas, né, ela é, na área de consultoria, de consul... [...] Ela é muito boa no que ela faz e tal. E minha outra irmã, entendeu, ela é professora da... E eu não sou nada. Entendeu? Não sou nada (começa a chorar). Ou seja, eu não virei ninguém. Então, todo mundo desenvolveu e tudo, entendeu? Mas eu não. Justamente, tipo assim, porque eu não tinha condição psicológica pra isso. É muito ruim falar sobre isso, essas coisas machuca muito. (Keren, 55 anos, mulher parda)

A partir da análise dos relatos, emerge uma compreensão mais profunda sobre a dimensão multifacetada do trabalho na vida dos participantes. Longe de ser apenas uma fonte de renda, o trabalho se configura como um pilar de identidade, pertencimento e realização social. Para Cláudio,

a profissão foi um meio de encontrar um lugar em um mundo que, muitas vezes, o marginalizou. Para Fagner e Manuel Ramos, a capacidade de prover para a família, um imperativo de gênero, se tornou indissociável de sua própria masculinidade, fazendo com que o afastamento do trabalho fosse vivenciado como uma crise existencial, um questionamento sobre o seu próprio valor e propósito. Já para as mulheres, como Keren, Cármen e Isabela, as relações de trabalho se revelaram espaços onde as vulnerabilidades de gênero, raça e classe, bem como a estigmatização, se manifestaram de forma brutal. Em todos os casos, o ambiente de trabalho funcionou como um termômetro da saúde psíquica, evidenciando que o sofrimento não é um fenômeno isolado, mas sim um reflexo das tensões e opressões vivenciadas na vida social.

A teia de relações sociais analisada nesta seção permite concluir que a determinação social do adoecimento psíquico não se restringe a fatores macroestruturais, mas se manifesta de forma íntima e cotidiana nas vidas dos sujeitos, com o trabalho sendo uma das principais arenas de expressão desse fenômeno. A interseccionalidade, nesse sentido, se mostra uma lente analítica indispensável para desvendar como as diferentes categorias sociais, como gênero, raça, classe e orientação sexual, se entrelaçam e exacerbam as vulnerabilidades, modulando a forma como o trabalho é vivenciado e como o sofrimento psíquico se manifesta. A dor de Cláudio, a crise de Fagner e a violência sofrida por Keren não podem ser compreendidas isoladamente; elas são o resultado de uma interação complexa e contínua de sistemas de poder que se manifestam de forma particular no ambiente de trabalho.

Nesse intrincado cenário, o trabalho e o sofrimento psíquico revelam uma relação recíproca, como duas faces da mesma moeda. Por um lado, o trabalho, em suas melhores acepções, pode ser um fator de proteção e de saúde, promovendo autonomia, inserção social e um senso de realização. Por outro, para que o sujeito possa se dedicar à sua vida laborativa, é fundamental que ele esteja em condições físicas e emocionais para isso. A experiência de adoecimento psíquico, ao abalar essa capacidade, frequentemente resulta em um afastamento da vida profissional, intensificando a dor, a culpa e o estigma. Essa interdependência demonstra que a saúde do indivíduo e a sua relação com o trabalho estão intimamente ligadas, e que o cuidado com o sujeito em seu sofrimento é também um cuidado com a sua capacidade de estar e de ser no mundo, o que inclui a sua vida laborativa.

5.3.5 Em nome próprio: vivências, interpretações e sentidos

A construção de uma compreensão acerca da experiência de adoecimento psíquico das pessoas que estavam em tratamento na atenção básica de Vargem das Flores, até aqui, apontou principalmente para os diferentes acontecimentos, afetos e afetações que a realidade externa, material e socialmente, lhes apresentou. Nesta seção, o trabalho avança um pouco mais visando sondar, minimamente, as respostas, vivências íntimas, interpretações e sentidos dados pelos sujeitos da pesquisa àquilo que lhes sucedeu.

Nesta direção, o primeiro subtema ao qual chega-se pela análise temática do material de pesquisa remete diretamente à autonomia dos usuários dos serviços de saúde, sendo aqui chamado de “autorregulação”. A experiência descrita por diferentes entrevistados remete à preservação dessa dimensão de escolha sobre o que fazer com o que não se tem controle, como por exemplo os acontecimentos da vida ou as orientações médicas. Rita, apesar de ter passado por muita coisa e descrever-se como “uma vitoriosa”, chama a atenção o fato de ela não ter sucumbido às diferentes experiências de dor vivenciadas, permanecendo em seu relato o tempo todo uma dimensão de autodeterminação inegociável.

Há que se discutir que nem sempre as escolhas dos sujeitos são isentas de prejuízos para eles próprios, mas percebe-se que os entrevistados desta pesquisa não passaram pelas experiências descritas de maneira passiva. Reagem, interpretavam e construíam sentidos o tempo todo para as vivências às quais foram submetidos. Destacar alguns exemplos auxilia na construção do argumento aqui desenhado. Na história de Rita, todas as vezes em que a vida se tornava difícil demais, uma certa relação com o álcool lhe permitia alguma regulação das emoções, um amortecimento das dores:

Continuei assim, bebia um, um, vamos supor, bebia uns cinco meses, e fazia uns seis, sete, sete meses. No dia que ele me fazia raiva (marido), eu ia lá e bebia. Aí, no outro dia, amanhecia com ressaca, “ah, vou lá rebater”. Eu falava assim, “vou lá rebater a de ontem”. Aí, graças a Deus, agora eu voltei. Agora tô fazendo tratamento, né? Com a psicóloga, com a psiquiatra aqui no posto. [...] Aí esse mês, esse ano de fevereiro de 2024, né? Aí eu perdi meu irmão, meu cunhado, quer dizer, e meu marido. Aí eu perdi os três, em fevereiro. Aí quando foi em Agosto, eu perdi a minha irmã, a mãe da Nilma e do Lucas (sobrinhos, nomes fictícios). Aí sobrou mais essa carga pra mim. Aí depois do enterro da minha irmã, eu comecei a beber de novo. Mesmo tomando remédio. Deu um tempo de remédio e fiquei mais ou menos uns, uns quatro meses bebendo. Agora eu parei de novo, graças a Deus. Quero voltar pra igreja, ficar firme na igreja, sabe? É pentecostal, não é quadrangular mais não. Agora eu vou... Esperando eu firmar mais, né, pra eu poder continuar, né, na casa do Senhor. (Rita, 55 anos, mulher negra)

Rita sempre foi uma grande cuidadora e seu relato demarca bem isso. Além de muitas pessoas adoecidas, cuidou e ajudou a cuidar de todos os netos. Conforme a própria filha ia se movimentando pela vida, Rita tentava acompanhar oferecendo suporte e ficando com os filhos desta. Contudo, a separação com as crianças era vivida com sofrimento, de modo que mais uma vez o álcool lhe permitia o anestesiamiento necessário:

Aí, ó, quando o menino fez seis meses, mais ou menos, ela tomou de mim e pôs numa creche. Aí, praticamente, não precisa de mim mais, né? Que deu pra entender, era isso, né? Aí, na creche, o menino tava sendo muito judiado, ela tirou da creche e tacou em mim de novo. Aí, tirava de mim e tacava ne mim, tirava de mim e tacava em mim. Aí, quando ela tirava de mim, eu bebia. Quando ela me devolveia ele, eu parava. Era assim, parecia até brincadeira né? Mas não era brincadeira, era sério, era muito sofrimento. Aí depois, passaram uns tempos, aí veio a Ester. Aí ela largava o Matheus, ficava com a Ester. Depois veio a Estephanie. Aí ela largava a Ester, depois ela mudou pra cá. Falei, graças a Deus, agora tá tudo em família, tudo perto, né? Ela mudou pra cá. Aí depois ela voltou pro pai dos meninos. Depois voltou pra cá de novo. Largou dele. Aí ela ganhou a Estephanie. Depois engravidou da Maria. Mas foi muito sofrimento, doutor. Foi muito sofrimento. (Rita, 55 anos, mulher negra)

Outros exemplos podem ser dados para trabalhar o que aqui está sendo chamado de “autorregulação” dos sujeitos. A própria Rita, em momentos nos quais sente que está mais “estressada”, aumenta por conta própria a dose da medicação antidepressiva que lhe está prescrita, chegando a dobrar a dose, o que a leva a ficar sem medicamento mais cedo do que o previsto pelas equipes de saúde. Em outra seção da análise temática, a autonomia dos sujeitos frente ao seu tratamento será melhor aprofundada. Aqui, importa salientar que a experiência de adoecimento dos entrevistados não ocorre sem a participação destes.

Ideação e tentativas de suicídio foram relatos frequentes entre os entrevistados, com experiências dessa ordem vividas por Keren, Antônio Carlos, Rúbia, Isabela, Fagner e Helenice. Faz-se significativo abordar a temática do suicídio de maneira detida e cuidadosa. As ideias de autoextermínio dos sujeitos que participaram da pesquisa parecem estar relacionadas, de algum modo, com essa dimensão de autorregulação dos sujeitos. Os relatos desse tipo de vivência dizem de momentos nos quais se almejava não acabar com a vida em si, mas acabar com uma vida sem perspectivas de melhora ou com um sofrimento tido como insuportável.

A pessoa, quando ele olha para um depressivo, ele vê uma pessoa normal, porque a pessoa que é depressiva, ele não demonstra que é depressiva. Ele trabalha, ele ri, ele faz tudo. Mas só ele que sabe a luta que está dele contra a mente. A luta dele contra ele mesmo. Ninguém sabe. Tem muitos que escondem para si, tem muitos que escondem para ele mesmo, até mesmo por vergonha de ser julgado, tem muitos que falam que depressão é falta de Deus, que depressão é coisa da cabeça, realmente é coisa da cabeça, mas eles falam em modo de outro sentido. [...] Que depressão a pessoa está dando uma de vítima. A pessoa que bem não conhece a depressão nunca queira ter. Que é uma

doença que... Você tem que tomar muito cuidado, muito cuidado mesmo (chora, forneço um lenço de papel), porque é uma doença, eu acho que é uma doença que mais mata no mundo do que depois do câncer que é a depressão. Eu, quem tem depressão, eu tenho depressão, eu vivo uma vida, para mim não é uma vida normal. Tem muita gente que vive por prazer. Vive por gostar. Eu vivo por viver. Eu vivo porque eu sou obrigada a viver. Por isso que de vez em quando eu, quando eu estou muito mal, muito mal mesmo, eu tento tirar minha vida, porque para mim a vida não tem sentido, que sentido tem uma vida de um depressivo? Acho que não tem sentido nenhum. Por isso que a maioria se suicida. Porque eles não vêem mais sentido. Acabou o sentido para eles. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

Helenice fala de maneira muito clara sobre as tentativas de suicídio como uma forma de por termo a uma vida que perdeu o sentido. Viver por obrigação em uma realidade esvaziada de sentido e significação é descrito por ela como desestimulante e desanimador, com o suicídio aparecendo como saída possível para uma vida com a qual se está em contrariedade. Helenice traz em seu relato o exemplo paradigmático sobre quando a própria vida se torna um sintoma que se quer erradicar. O mesmo movimento, contudo, é operado pelos demais entrevistados, que referem ideação suicida nos momentos nos quais os sintomas se tornaram intensos demais e não se tinha qualquer perspectiva de melhora:

1993. Meu pai bebia muito e meu pai trabalhava na Ceasa na época. Minha mãe era faxineira no bairro... Ali no Luxemburgo, né, aí ela sempre levava a gente pra trabalhar junto com ela quando a gente era pequeno. Eu era mais ou menos de 16 pra 15 anos. Aí eu comecei a dar uns probleminhas de... Começou com medo, comecei a sentir medo, um medo insuportável, que era a síndrome do pânico, começou a me dar a síndrome do pânico. Aí de repente eu tentei o suicídio três vezes, mas Deus abençoou que eu não consegui concluir. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Neste ponto, o relato dos entrevistados acerca dos momentos nos quais o suicídio lhes pareceu uma opção permite refletir sobre a importância da chegada do tratamento em saúde mental a tempo. Seja para ofertar alternativas de alívio para a dor, seja para acompanhá-los na construção de novas perspectivas e projetos de vida, a inserção a tempo em acompanhamento psicossocial adequado pode, efetivamente, prevenir óbitos por suicídio. Os seis entrevistados que relataram ideação suicida puderam, em suas histórias pessoais, ser inseridos em tratamento em algum ponto da RAPS a tempo, de modo que sua participação na pesquisa é também testemunho de sua sobrevivência.

A participação dos sujeitos na própria experiência de adoecimento psíquico pode ser também debatida à partir dos diferentes relatos sobre a forma como interpretavam e vivenciavam o que lhes acontecia. Keren, por exemplo, viveu uma verdadeira peregrinação entre diferentes

profissionais do campo psi (psicólogos, psiquiatras), sendo sempre tratada como portadora de uma ansiedade e/ou depressão praticamente incuráveis.

Justamente a falta de diagnóstico dos profissionais da época que não entendiam o meu problema. Entendeu? Então assim, eu passando de profissional em profissional e eles não entendiam o meu problema, num... Eu era depressiva, eu tinha um grau de depressão lá no alto. E que eu era, com um pouco de loucura, porque tinha alguns então entendiam que eu era meio... (ri, pausa e continua). Que eu tinha algum tipo de demência. Coisa que não era verdade. Eu sou autodidata, entendeu? Por exemplo, se eu tiver interessada, por exemplo, eu morro de preguiça de ler, misericórdia. Mas, por exemplo se tiver um livro dessa grossura aqui, ó, que eu tiver interessada em ler, entendeu? Eu pego ele e acab, rapidinho acaba. (Keren, 55 anos, mulher parda)

Neste sentido, a entrevistada fala sobre a descoberta do diagnóstico de autismo na vida adulta como um baque mas também um alívio, uma vez que veio a dar sentido para algo que não fazia sentido nenhum, a saber, a persistência do sofrimento psíquico apesar do tratamento, apesar da melhora nas condições materiais e sociais de vida. Descobrir-se autista na vida adulta, para Keren, permitiu-lhe uma resignificação de seu próprio lugar no mundo:

[...] é tipo assim, para o meu problema, era o diagnóstico, eu tinha que saber mesmo, para poder saber lidar com ele. Não era só a depressão e a ansiedade, eu sofro de ansiedade, muito, mas isso aí foi provocado pela vida e também por uma questão também de eu num... não, de não me conhecer, não saber o que é. Eu achava que realmente eu era louca mesmo, eu morria de medo de alguém da minha família me internar num hospício. Chegou ao ponto, tipo assim, há muito tempo atrás, estou falando há muito tempo atrás. Chegou ao ponto de eu ter medo, porque todo o povo achava que eu era doida, ingênua, muito ingênua. (Keren, 55 anos, mulher parda)

Neste ponto, a presente discussão toca justamente o ponto de questionamento sobre a forma de ser, estar e sofrer no mundo relatada pelos entrevistados da pesquisa. É possível se curar da experiência de estar na vida? Ou o quanto há de incurável nas intempéries do destino? Esse tipo de questionamento parece estar presente entre os entrevistados e Cláudio o verbaliza muito bem. De um ponto sem significação emergem tentativas de construção de sentidos possíveis:

Então aí... Eu trabalhava e tomava os remédios cada vez. Amitriptilina é, e um para dormir, sempre, entendeu? Só que era em pouca quantidade, então com o tempo foi aumentando, né? E os remédios eu tomava, na verdade eu nunca me senti totalmente... Não, eu estou curado né? Mesmo tomando remédio tinha crise existencial, tristeza, angústia, medo. É... Pesadelos, sonhos esquisitos, é... Achar que tá dormindo e tá acordado, e ter contato com... na área espiritual, entendeu, assim, que eu acho que é espiritual, entendeu, (inaudível), porque não é uma visão, é mais espiritual, então meio inexplicável algumas coisas. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

“Mesmo tomando os remédios ainda tinha crise existencial, tristeza, angústia, medo”...

Cármem traz relatos que muito dialogam com Cláudio. Falando sobre os momentos nos quais sente que não está bem, que os ânimos estão alterados, assim como citando as recomendações de sua médica psiquiatra para tais momentos, faz referência a uma espécie de vivência de ataques da

“loucura” ou do “demônio”. Interessante também notar que ela própria possui algumas receitas sobre como remediar estes momentos:

Aí eu já, quando a loucura ou demônio vem ne mim, me joga, aí ele me joga para o buraco não, aquilo ali não. Aí... Aí a Sam (psiquiatra, nome fictício) vai, “Cármen, quando você vê que você está muito agitada”, porque aí eu fico muito agitada, até um pedaço de pau de raiva, aí eu tomo, “Fulana, você vai tomar três de manhã”, “eu tomar três?, eu tomo é dois e boa”, eu faço o Pai me sustentar, assim vai levando a vida... (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

Acompanhar como os entrevistados vão significando a experiência de adoecimento permite reflexões importantes. Convém resgatar, a maioria dos entrevistados pertence a religiões evangélicas neopentecostais. Percebe-se que interpretações religiosas participam da significação da experiência de adoecimento, assim como da procura por ajuda especializada. Antônio Carlos, ele próprio evangélico e de muita fé, descreve em poucas palavras e com uma simplicidade singular o que lhe acontece nomeando os diagnósticos que recebera pelas equipes de saúde:

Ele me levava pra lá, quando eu ficava, surtava. Aí agora eu tô tomando remédio direitinho, graças a Deus. Aí o meu problema é o seguinte: o problema que me deu é transtorno mental e aquela doença que eles falam esquizofrenia. Tem que tomar remédio, e epelesia também (pronuncia assim). Dá desmaio. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Com um discurso simples, objetivo e, algumas vezes, realmente concreto, Antônio Carlos traz elementos interessantes que permitem uma aproximação com a experiência de adoecimento. O relato a seguir foi dado por Antônio Carlos sobre uma das vezes em que ele entrou em crise e precisou ser acompanhado pelo NAPS de Ribeirão das Neves. É bastante significativa sua descrição sobre a vivência alucinatória e a angústia que ela lhe produzia. Convém salientar que o conteúdo religioso se faz presente também dentro da experiência vivida:

Eu tava em crise, tava agressivo, tava agredindo as pessoas, tava avançando, até mesmo nos meus pais, tava surto. Você não vê que acontece muitas coisas aí que às vezes a pessoa surta e mata o familiar? É por isso, porque não toma o medicamento e uso a bebida, e eu não. Eu já não bebo, eu já dei mesmo foi de, de repente. Eu só lembro que eu escutei uma voz falando comigo assim: “Ah, vou jogar você no caldeirão”. Aí eu desesperei, saí correndo, lá na Olegário Maciel. A voz: “Ah vou jogar você no caldeirão, você vai ficar queimando aqui no caldeirão”. A voz do diabo. Aí ele pegou, eu saí, saí correndo, desesperado. E o pessoal achando que eu tava com vontade de comer. Aí o pastor me abraçou, na época, lá na igreja (se emociona). (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Angústia e procura por ajuda vão ilustrando uma relação interessante, transversal a todos os participantes da pesquisa. O relato de Manuel Ramos sobre sua experiência com o uso abusivo de álcool e os colegas que conheceu enquanto esteve internado em uma comunidade terapêutica faz pensar que problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias configuram situação que pode

acontecer com diferentes pessoas de diferentes classes sociais. O relato à seguir ilustra e ajuda a transmitir essa ideia:

Ah, eu fiquei lá na clínica... Seis meses, né? Seis meses internado. Dali outra pessoa ia dar a sequência, que ficaria internado. Aí tinha um rapaz que era do Espírito Santo, que era filho de um desembargador do estado. Ele era criador de cavalo, alcoólatra e se drogava também com injeção de dar para o animal. Lá tinha um médico. Doutor Roberto (nome fictício), ele era médico da, do pronto-socorro do Hospital de Belo Horizonte, anestesista e que se drogava. [...] É... uma pessoa da Universidade Federal de Ouro Preto, que eu não posso falar quem é, o que ele é, que cargo que ele é. Tinha um senhor da Vale do Rio Doce, eu não posso falar que cargo que ele é. A gente não fala nomes de ninguém, a gente não escreve para ninguém, a gente não liga para ninguém. (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco)

A articulação dos relatos aqui trabalhados permite importante reflexão: Se existe algo nessa vida que realmente é democrático é o sofrimento psíquico, afinal, este sim está para todos. A perspectiva da determinação social e a interseccionalidade contribuem para esta discussão não por uma imaginada capacidade de eliminar ou extirpar a dimensão do sofrimento que está presente na vida e atravessa a todos. Pelo contrário, a maior riqueza dessas contribuições reside em permitir analisar, pensar e compreender o quanto do sofrimento pelo qual os sujeitos passam pode ser adjetivado como sofrimento inútil, desnecessário ou injusto e que, por meio da construção de novas possibilidades de vida e justiça social, poderia ser atenuado, evitado, dispensado. Neste ponto, ambos os aportes teóricos demonstram sua maior potência e contribuição para o campo da saúde mental.

O alívio do sofrimento é descrito pelos entrevistados como um trabalho celestial, milagroso. Fagner, cuja relação com o sofrimento o afastava do desejado lugar de trabalhador, descreve os médicos e profissionais que o ajudaram como “anjos” em sua vida. Primeiro Francis (nome fictício), médico do convênio que lhe permitiu alguma estabilização, depois Sam (psiquiatra, nome fictício), que há décadas o acompanha na rede SUS de Contagem. Segundo Fagner, ambos foram “anjos” em sua vida:

Como se diz, um anjo na minha vida, sabe? (Francis). Ele, eh, eu tava tendo crise demais. E eu passei por vários, vários médicos, inclusive da rede de convênio, sabe, psiquiatra. E nenhum conseguia acertar a medicação, não conseguia dar um, fechar um diagnóstico, né? E... E eu lutando pra mim melhorar rápido pra poder voltar a trabalhar, que eu não queria também me afastar de jeito nenhum.

[...] A doutora Sam, ela é, ela é um anjo, cara. Ela não é uma doutora, ela é um anjo, cara, ela, ela é, nossa, o que ela, o que ela, o que ela faz pra gente, acho que, é, a gente pensa assim, o ser humano, é, ele, ele ainda tem chance, vamos dizer assim.

A discussão aqui proposta demonstra que a experiência de adoecimento produz angústia, a qual leva à busca de ajuda pelos mais diferentes dispositivos e redes, como será trabalhado adiante. Em meio a isso, os entrevistados falam também sobre a experiência de ser cuidado, de modo que a interseccionalidade e a justiça social podem contribuir com a Saúde Mental na medida em que permitem construir formas de cuidar melhor da população, considerando o complexo emaranhado que as adocece e faz sofrer. Rubia, em uma experiência de internação em hospital psiquiátrico, fala sobre o quanto o sentimento de suporte e pertencimento a um grupo que se preocupava com ela funcionou como mola propulsora para seu reestabelecimento:

Então isso foi uma, foi, foi muito bom pra mim. Entendeu? Esse apoio dessas visitas aí conversar, “não, você vai sair daqui”, eu tenho uma amiga aqui, ela ia direto, aí eu falava, “não, você vai sair daqui, você tem que melhorar, você tem seus meninos”. Então, assim, essas palavras iam me alimentando de uma forma muito boa, né? Eu querendo sair. (Rubia, mulher negra, 51 anos)

No trecho acima, Rubia diz sobre “palavras que alimentam”, o que é uma metáfora interessante para falar sobre o suporte recebido. Em uma sociedade violenta e violadora, as injustiças sociais poderiam ser descritas como experiências de fome, processos de matar e deixar morrer por inanição. As histórias de sobrevivência aqui narradas, marcadas por lutas silenciosas contra a mente, crises existenciais e a busca por sentido em um mundo esvaziado, são testemunhos da agência humana em meio à adversidade. Elas revelam que a experiência do adoecimento psíquico não se resume a um destino passivo, mas emerge como um campo de batalha onde os sujeitos reagem, interpretam e, por meio de mecanismos próprios de autorregulação, tentam dar ordem ao caos.

A interseccionalidade e a determinação social dos processos saúde-doença-cuidado e morte, neste contexto, não apenas desvelam as injustiças que moldam o sofrimento, mas também nos convidam a considerar a potência do cuidado como um ato de reparação, afinal, não buscam uma purificação do sofrimento, mas uma redistribuição da dor, distinguindo o que é inerente à existência do que é imposto por um sistema que oprime. Ao nomear profissionais como "anjos" e palavras de apoio como "alimento", os entrevistados nos mostram que a justiça social no campo da saúde mental se materializa no cuidado que reconhece a totalidade do ser, que oferece não apenas medicação, mas escuta, validação e, sobretudo, a possibilidade de construir um futuro. É no encontro entre a autonomia resiliente dos sujeitos e um sistema de cuidado humano e acessível que a esperança de atenuar o sofrimento inútil se torna possível, plantando as sementes de um cuidado que nutra, valide e, acima de tudo, honre a dignidade de cada trajetória de vida.

5.4 Uso das redes formais e informais de cuidado: autonomia e invenções na busca por alívio do sofrimento

Conforme já foi trabalhado, os estudos sobre os itinerários terapêuticos têm origem atrelada à contribuições da antropologia da saúde, podendo ser definidos como um conjunto de planos, estratégias e os diferentes atos que se sucedem e se sobrepõem voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição (Rabelo, Alves & Souza, 1999). Segundo Rabelo, Alves e Souza (1999), na tentativa de ordenar as diferentes interpretações sobre doenças e processos de tratamento entre as várias alternativas disponíveis em uma dada sociedade, os antropólogos passaram a sugerir distintas classificações de sistemas terapêuticos. Entre elas, o modelo proposto por Kleinman (1978; 1980) tem sido atualmente o mais famoso e utilizado. Para este autor, a maioria dos sistemas de cuidados com a saúde contém três arenas (ou subsistemas) sociais dentro das quais a enfermidade é vivenciada: profissional, folk e popular.

Para Kleinman (1978; 1980), a arena profissional é constituída pela medicina científica, 'ocidental' (cosmopolita), pelas profissões paramédicas reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados (chinês, ayurvédico, unãni etc.). O setor folk é composto pelos especialistas 'não oficiais' da cura, como curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros. O popular, por sua vez, compreende o campo leigo, não especializado da sociedade (automedicação, conselho de amigo, vizinho, assistência mútua etc.). É justamente nesta última arena que a maior parte das questões ligadas à interpretação, tratamento, cuidados com a doença são inicialmente resolvidas.

Apesar de muito interessante e ilustrativo, a análise apresentada nesta seção pretende ater-se aos temas, caminhos e percursos originados das entrevistas com os usuários da atenção básica de Vargem das Flores, de modo que não se pretende manter qualquer fidelidade ao sistema proposto por Kleinman (1978; 1980). A intenção é que o texto seja capaz de um trânsito e flexibilidade tal como enseja o conceito de redes vivas proposto por Merhy et al (2014), para quem:

“[...] os/as usuários/as são redes vivas de si próprios, estes/as estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. Quem pede as redes, na maioria das vezes, são os/as usuários/as e a rede não está já dada feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois vão em acontecimento sendo tecidas. (Merhy et al., 2014, p. 6)

De forma muito frequente os serviços de saúde operam em torno de seus próprios conhecimentos e métodos, tratando os pacientes como se não tivessem nenhuma experiência ou conhecimento sobre sua própria saúde. Esse encontro se torna desigual, pois o profissional se

posiciona como o detentor do saber, definindo o que é "correto" ou "saudável" e transferindo essa informação para o paciente (Merhy et al, 2014).

Segundo Muhl (2020), o itinerário terapêutico não é um plano de ação definido de antemão pela pessoa que sofre, de modo que vai sendo desenvolvido, modificado e até mesmo abandonado durante o curso do adoecimento. Importante destacar que o itinerário não obedece a esquemas e fluxos pré-determinados pela sociedade, tais como, protocolos de atendimento dos serviços de saúde. No estudo dos itinerários terapêuticos, é importante que o pesquisador seja capaz de abandonar a ilusão de linearidade ou teleologia. Percebe-se que os arranjos do itinerário terapêutico são temporários, e sempre chegará uma nova crise, um novo conselho, uma nova indicação de profissional ou uma nova medicação que irá transformar a trajetória que até então estava sendo desenvolvida, exigindo maleabilidade do desenho de pesquisa (Muhl, 2020)

Neste sentido, convém reforçar a importância desse tipo de estudo. Segundo Cabral et al (2011), os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização e gestão de serviços de saúde, contribuindo na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas às realidades dos sujeitos. Dessa forma, a opção por desenhos assistenciais centrados no usuário e em seu território coloca à gestão em saúde o desafio de conhecer mais profundamente as características e os determinantes da busca de cuidado da população atendida. (Cabral *et. al*, 2011).

Dessa forma, nesta seção o esforço analítico será colocado em direção de tentar abordar e descrever os diferentes usos que as pessoas com histórico de sofrimento psíquico do território de Vargem das Flores fizeram das redes formais e informais de cuidado, assim como as invenções singulares e coletivas que elaboraram para aliviar suas dores e sofrimentos.

5.4.1 Autonomia enquanto principal elemento do itinerário de cuidados

Profissionais e gestores de saúde se equivocam quando planejam suas ações e serviços pressupondo que aqueles a quem chamam pacientes são, por isso mesmo, passivos, portadores de uma resignação inerte. Atrapalham-se ao acreditar que aqueles que são objeto de seus cuidados calmamente permanecerão aguardando a ação de um outro sobre si mesmos, sem tomar parte nas condutas prescritas. Talvez esse tipo de pressuposto tenha origem associada à própria cultura biomédica. Lancetti (2014), brincando com a origem etimológica da palavra “clínica” (kliniké),

recorda que ela significa “cuidados médicos de um doente acamado”, bem como surge associada à ação de inclinar-se (kline), debruçar-se sobre o paciente em um leito, para dizer que, na prática em saúde mental, se o que se pretende é produção de subjetividades autônomas e cidadãs, de saída é preciso colocar as pessoas de pé.

Interessante destacar que a análise temática reflexiva do material empírico deste estudo, no que se refere ao uso das redes formais e informais de cuidado feito pelos entrevistados, demonstra uma participação ativa dos usuários na construção das ações em saúde realizadas, o que acabou levando à elaboração de um grande tema intitulado “autonomia”, o qual parece atravessar os diferentes itinerários terapêuticos, em maior ou menor grau.

Dando continuidade à brincadeira com a etimologia das palavras, autonomia é um termo de origem grega, formado pela junção dos termos "autos" (próprio) e "nomos" (lei, regra), cujo significado está relacionado com independência, liberdade ou autossuficiência. O contrário de autonomia é heteronomia, palavra que indica dependência, submissão ou subordinação. Em Ciência Política, a autonomia de um governo pressupõe a elaboração de suas próprias leis e regras sem interferência de outro governo central nas tomadas de decisões. Em Filosofia, autonomia é um conceito que determina a liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida, efetuando as suas próprias escolhas. Dessa forma, a autonomia indica uma realidade que é dirigida por uma lei própria, que apesar de ser diferente das outras, não é incompatível com elas¹⁷.

Alguns relatos dos participantes da pesquisa remetem diretamente à autonomia do sujeito, dimensão que participa do tratamento, estejam os profissionais advertidos disso ou não. A história de Manuel Ramos é um exemplo significativo dessa questão. Durante muitos anos, o consumo de álcool não era, para ele, lido como um problema. Ele começa a fazer uso de medicações psicotrópicas por uma queixa de insônia, e mesmo assim inicialmente de maneira compartilhada com a esposa, tomando comprimidos que estavam prescritos para ela.

Uma vez identificado um problema (insônia), Manuel Ramos aceita, por essa via, dar início a uma peregrinação por diferentes médicos e psicólogos do setor particular e dos planos de saúde para tratamento da aflição. Quando, em dada situação, percebe que a esposa estava o direcionando para uma intervenção em saúde que não passou por uma demanda própria, foge do consultório médico:

¹⁷ Significados. Disponível em: <https://www.significados.com.br/autonomia/>

Teve uma vez que a minha mulher me pegou e me levou num médico. E eu saí do médico, ele conversando e eu saí correndo. Saí correndo lá de cima do Anchieta até lá na Área Hospitalar, pra pegar ônibus de frente ao ponto de socorro, que seria lá para o Novo Progresso, para a casa da minha tia, que eu queria fugir daquilo ali. Foi quando, logo, logo, eu fui procurar para tratar do alcoolismo. Que eu já tava num estado de alcoolismo já bem... Cheguei a tomar três litros de uísque por dia, durante dez anos. E aqueles já não fazia mais efeito. Se eu tomasse um copo de cerveja, eu caía. Era um negócio muito, muito louco. [...] Então eu fugi lá desse médico, lá do bairro Anchieta. Eu vim do Anchieta a pé até na área do pronto-socorro, que eu só tinha o vale transporte ou o dinheiro para pegar o ônibus para o Novo Progresso, onde meu carro estava guardado. Que eu fui para o médico ainda com efeito de álcool, a mulher me pegou ainda na raça e me levou. Aí eu concordei e no dia seguinte aí nós, eu entrei na clínica, chama Clínica de Novos Rumos [...]. (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco)

O exemplo acima demonstra o quanto os sujeitos, ainda que debilitados, esforçam-se por operar como governadores de si mesmos. Uma vez mobilizado para o tratamento do alcoolismo, Manuel aceita a internação proposta pela família em comunidade terapêutica. Advertida sobre sua resistência, inicialmente a família não diz a verdade para ele sobre o tempo que duraria sua internação.

Aí o Reginaldo, meu cunhado, concunhado, e o Fábio, meu filho, e minha esposa, a Lúcia (nomes fictícios) me internaram. “Ah, você vai ficar só um mês”, porque se falasse comigo que era seis meses, eu ia sair dali berrando. Eu ia, arrancava aquela cerca de arame lá do muro e ia embora, porque lá é um lugar que é estrutura tipo uma fazenda, entendeu? E você entra pra dentro da clínica e a partir do momento que você entrou você já sai no dia que... Que é pra sair de lá. (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco)

O relato de Manuel Ramos vai se tornando interessante para discutir a autonomia no tratamento principalmente por dois elementos: a) uma capacidade importante de autodeterminar a si mesmo, b) o uso que ele vai fazendo dos dispositivos que tem contato. Comunidades Terapêuticas não estão alinhadas com a Política de Redução de Danos, sendo, muitas vezes, proscritas pelos trabalhadores da saúde mental sensíveis à luta antimanicomial. Uma vez internado, contudo, Manuel parece ter feito um bom uso do dispositivo. Refere ter feito “um acerto” com Deus, tornou-se abstinente e há aproximadamente 15 anos não consome mais álcool, evitando ingerir até mesmo o suco de uva pela possível associação com o vinho. Dentro da Comunidade Terapêutica, Manuel Ramos estudou e implantou a metodologia dos doze passos dos alcoólicos anônimos:

E hoje, depois, eu criei lá dentro um A.A (Alcoólicos Anônimos). Minha mulher comprou ali na Praça da Estação, naquele prédio “edifício central”, do lado da... que tem um prédio central ali da Praça da Estação, ali do lado da Estação do metrô, aquele prédio amarelo ali. Ali tinha uma livraria que vendia todas... Aí eles autorizaram que minha mulher me pegasse, que eu fosse com o carro da clínica para a gente comprar aquilo lá onde eu estudei sobre o AA e implantei o AA lá dentro da clínica. Nós começamos com cinco, depois nós já éramos 37 pessoas, no final, quando eu fui sair. (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco)

Manuel Ramos adere à proposta de internação na comunidade terapêutica, entretanto, faz isso ao seu modo: estuda e implanta uma metodologia de trabalho, orienta e acolhe outros “internos”, acaba por assumir um lugar de liderança dentro da instituição, passando a ser tido como referência para outros colegas que estavam internados com ele:

Eu me tornei o mais antigo. Tanto que eu criei o AA, e depois eu comecei a participar de todo o grupo, e as pessoas, os médicos iam conversar comigo, iam tomar a minha opinião de algumas pessoas, de algumas coisas, eu me tornei tipo um líder de dentro da clínica. Para você marcar o médico, você tinha que perguntar a mim. [...] Entendeu? Para você pedir para ter uma conversa, para você encontrar com um familiar, você tinha que conversar comigo, eu reportava o seu assunto para o médico, reportava o seu assunto para o médico e o médico ia, entendeu? (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco)

Em dado trecho de seu relato, Manuel Ramos verbaliza a importância da participação do sujeito no próprio tratamento atribuindo, inclusive, a melhora ou a “cura” ao uso que o sujeito faz da ajuda recebida: “a gente entra para a clínica, não é a clínica que te curou, não são os remédios que te curaram. Você vai lá, a procura de ajuda” (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco). Rita é outro grande exemplo no qual a autodeterminação participa da configuração que o itinerário terapêutico vai assumindo. Como dito, a entrevistada possuía uma relação com o uso do álcool que lhe permitia alguma regulação das próprias emoções. Contudo, para além dessa “autorregulação”, Rita se relaciona com os serviços de saúde de maneira muito própria, autodeterminada.

Em exemplo ilustrativo, Rita busca o médico clínico de seu posto de saúde devido a um desconforto geral. Não concordando com a conduta do médico da atenção básica, vai “se consultar” numa UPA para colher uma segunda opinião. Uma vez avaliada e medicada, quando percebe que a medicação prescrita pelo segundo médico pouco ajudou e, na verdade, estava apresentando um efeito colateral, interrompe por conta própria o uso:

Na terça-feira, eu passei no doutor Gilberto (nome fictício). Porque eu não tava aguentando assim, sabe, meio abafada. Esquisita, né? Aí eu passei ali e falei pro doutor, tô com dor de cabeça, eu não tô me sentindo bem. Conversei com ele, falei, minhas pernas tão doendo demais, meu joelho tá doendo demais. Porque incha de vez em quando, e muito. A queimação na sola do pé continua... Passou pra mim, acho que foi, dipirona, paracetamol. Acho que um anti-alérgico, não sei. Sei lá mais o que lá. Passou mais um outro remédio. Aí, quando eu fui na quarta-feira, eu fui pra UPA. Nem ia consultar. Era dentista dela. Eu falei, “não, vou aproveitar que eu tô aqui, vou consultar. E aqui tá vazio”. Passei no médico. Olhou meus peito, olhou minhas costas. Põe um trem lá no meu dedo. Olhou minha pressão. Falou: “Ô minha fia, aqui ó. Vou passar a bombinha aqui pra você. Você tá com um problema sério do pulmão. Seu pulmão tá muito cheio”. Ué, como é que o doutor Gilberto não falou isso comigo? Usei a bombinha uma semana, parece que eu tava morrendo. Eu tava inchando todinha. Falei, vou parar com essa bosta, parei com aquela bombinha. Ó, desculpa. (Rita, 55 anos, mulher negra)

Nesse ponto, convém discutir brevemente a noção de “adesão” ao tratamento. Frequentemente, essa noção está fundamentada no pressuposto biomédico discutido acima de que ao paciente basta receber a intervenção do clínico. Merhy *et al* (2014) criticam a tendência dos serviços de saúde em centralizar o próprio conhecimento, tratando o paciente como um objeto passivo e desprovido de saberes. Segundo colocam, essa abordagem cria uma relação assimétrica, onde o profissional se coloca como detentor exclusivo do "saber correto" sobre a saúde e a vida, desvalorizando a experiência e o conhecimento do usuário. Nesse modelo, as diferenças entre profissional e paciente são transformadas em desigualdades de poder e conhecimento.

Em contraposição, a dimensão da autonomia representa a liberdade de tomar decisões e de ser o autor da própria vida, o que inclui a capacidade de pensar de forma crítica e de se responsabilizar pelas consequências das próprias ações. Portanto, a autonomia inclui a responsabilidade. Rubia parece compreender isso quando, ao analisar o histórico de adoecimento em toda sua família, traz para si mesma a responsabilidade de participar da melhora alcançada, iniciativa que avalia faltar em seus familiares:

Mas assim, tô falando de mim. Eu quis melhorar. Por que que eu falo? Porque igual tô falando com você, na minha família tem essa predisposição para a depressão. E eu vejo que tem algumas pessoas que não querem melhorar. (Rubia, mulher negra, 51 anos)

A análise das entrevistas dos usuários dos serviços de saúde mental da atenção básica de Vargem das Flores permite considerar que a autonomia dos sujeitos se fez presente a todo momento de seu percurso de tratamento em saúde mental, mesmo quando estavam debilitados, passando por situações difíceis ou sem condições psíquicas de decidir de maneira coerente. Em dado momento, Keren fala sobre um uso da medicação psiquiátrica que nos permite avançar a discussão neste ponto:

[...] quando eu tava extremamente, entendeu, tipo assim, nervosa com tudo, com tudo, né, aí eu vinha pra poder, não pra fazer o tratamento, pra poder ter um calmante, eu buscava tratamento, entendeu, e não tipo psicólogo, eu sempre busquei remédio entendeu (segura o riso), se tivesse remédio lá em casa eu tomava e dormia, então eu tomava para dormir, tomava para comer, tomava para viver, era assim. (Keren, 55 anos, mulher parda)

Cláudio, por sua vez, ilustra um percurso de tratamento marcado por passagens pontuais por diversos serviços de saúde, interrupções e retomadas do uso da medicação psiquiátrica. A esse respeito, refere que de fato tinha resistência a tomar a medicação prescrita, explicando que acreditava que precisava dar conta do sofrimento com base no próprio esforço. Apesar deste

comportamento aumentar as dificuldades com as quais ele precisava lidar, Cláudio assim descreve este período :

[...] O tratamento, começar também a tomar os psicotrópicos, eu tive dificuldade, né? Então às vezes tomava às não, às vezes parava, mas quando eu tive a consciência de que realmente era necessário tomar, e tomar todos, aí eu diminuí um pouco o meu sofrimento, entendeu?
(Pergunta do pesquisador: Por um tempo você tinha um pouco de resistência em tomar medicação? Por quê?) Porque... não sei, existia um medo, assim, “eu não tô doido”, entendeu? “Eu sou uma pessoa normal”, “eu sou esforçado”, entendeu? Mas eu era esforçado, mas na contramão tinha que ser um monte de gente, que parece que não gostava de mim, entendeu? Então é... Uma coisa esquisita entendeu? [...] Então... “Ah, eu posso ir me mantendo e tal”, enfim, mas aí quando a coisa apertava mesmo, eu buscava remédio e tomava, entendeu? E ia levando a vida assim. Aí depois, quando eu comecei tomar mesmo, todos, né? Eu senti que diminuí bastante o meu sofrimento, né? Mas... Sempre tem um, ainda tem, por mais que eu tomo remédios, tem hora que eu fico mais com uma crise existencial, que eu estou com uma crise de tristeza. Medo, entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Os itinerários terapêuticos dos usuários dos serviços da saúde mental da atenção básica de Vargem das Flores demonstram que a autonomia está presente, e precisa ser considerada pelas equipes de saúde, de modo a acolher e introduzir também os conhecimentos dos sujeitos nos projetos terapêuticos a serem elaborados. Segundo Merhy et al (2014), os usuários produzem modos de existências que são frequentemente julgados e cerceados pelas equipes de saúde, que ficam aprisionadas a um modo de saber tão preponderante que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos e expressões dos usuários representam modos de existência, ainda que cheios de tensões e problemas.

Neste sentido, o discurso dos entrevistados identifica a autonomia como uma dimensão profundamente entrelaçada ao sujeito, esteja ele em crise ou não, devendo, portanto, ser considerada por aqueles que se propõem lhe prestar cuidados. A título de exemplo, em meio a uma crise psiquiátrica e mesmo vivenciando delírios e alucinações, Rubia fala sobre experienciar o desejo de fugir do hospital psiquiátrico onde se encontrava internada à época:

Na verdade, o que queria era fugir (dá risada). Tinha vezes lá que eu ficava doidinha pra fugir. Os meus irmãos que contam: “é, aquele dia eu estava doida pra fugir”. Aí ele fala, e o pior é que tem algumas coisas que eu não lembro. Não sei, a memória apagou. (Rubia, mulher negra, 51 anos)

O relato de Rúbia permite retomar a discussão sobre a adesão às propostas das equipes. Com o seu saber desconsiderado, posto do lado de fora, o sujeito tende a não aderir aquilo que não faz sentido para ele. Como fazer o mundo dos sujeitos caber dentro do campo saúde? Como estruturar as redes de cuidado de uma forma que os usuários possam transitar por elas com a autonomia própria que eles já demonstram? Para Merhy et al (2014, p. 4) “a principal estratégia é

trazer o mundo para dentro dos serviços, criar outros mundos lá dentro”. Se os usuários, enquanto redes de existências, produzem-se “em-mundos”, “in-mundizam-se”, será preciso também in-mundizar os serviços, aproximando-os das redes vivas compostas pelos usuários (Merhy et al, 2014).

A análise do material empírico desta pesquisa revela que a autonomia, longe de ser um conceito abstrato ou uma habilidade inata, manifesta-se como uma força vital e indissociável tanto da experiência de sofrimento psíquico quanto da busca pelo tratamento. Os relatos dos entrevistados demonstram que, mesmo em momentos de intensa fragilidade e crise, os sujeitos exercem uma agência ativa na gestão de suas vidas e de seus itinerários de cuidado. Eles não são meros recipientes de intervenções biomédicas, mas atores que selecionam, reinterpretam e reinventam o uso dos recursos formais e informais disponíveis. A fuga de Manuel do consultório, a busca de uma segunda opinião por Rita e a decisão de Cláudio de dosar o uso da medicação são exemplos contundentes de como a autonomia se expressa em atos de resistência e autogoverno.

Assim, a “adesão” ao tratamento, no modelo hegemônico da clínica, precisa ser questionada e substituída por uma abordagem que acolha a autonomia do sujeito como um elemento central do cuidado. A experiência de Manuel, que internaliza a proposta de internação para, em seguida, subvertê-la, criando um espaço de liderança e acolhimento para outros, ilustra a potência dessa dimensão. Sua atuação demonstra que os usuários podem ser coprodutores de soluções, transformando e enriquecendo os próprios serviços que os assistem, o que está de acordo com a aposta de Merhy et al (2014). O desafio, portanto, reside em como as redes de saúde, especialmente a atenção psicossocial, podem se “in-mundizar”, isto é, abrir-se para a realidade concreta e multifacetada de seus usuários, em vez de tentar enquadrá-los em modelos rígidos e padronizados.

Em suma, a autonomia emerge das entrevistas não como ausência de dependência, mas como um movimento constante de invenção de modos de vida, mesmo diante das adversidades. Ela é a capacidade de fazer algo com o que se recebe, de ressignificar e construir um sentido para o próprio sofrimento. Ao reconhecer e valorizar essa dimensão, os profissionais de saúde e gestores podem sair da passividade e da verticalidade da clínica tradicional, criando projetos terapêuticos mais coerentes, éticos e verdadeiramente eficazes. Essa perspectiva nos convida a repensar as práticas de cuidado em saúde mental, deslocando o foco da mera administração de sintomas para a sustentação e ampliação da capacidade de cada pessoa de ser autora de sua própria vida.

5.4.2 Entrada em tratamento: rupturas, crises, pontes e suportes

As considerações sobre a autonomia dos sujeitos e a participação desta na construção de seus itinerários terapêuticos leva à elaboração de importante questionamento: o que produz a entrada destes sujeitos (autônomos) em tratamento nas redes de cuidado? Neste momento, convém resgatar advertência de Moreira, Bosi e Soares (2016, p. 225), afinal, “as pessoas procuram cuidado porque sofrem, e não porque têm uma doença”. A análise do material empírico reunido por este estudo parece confirmar a afirmativa acima. A entrada dos sujeitos em tratamento ocorre a partir de uma ruptura: a irrupção abrupta de um sofrimento insuportável realoca diferentes elementos da vida, algo que costumava funcionar de repente não funciona como antes.

Rita, que há anos seguia a vida somente a partir dos recursos que já dispunha, como o uso do álcool, a sabedoria ancestral dos chás e a acupuntura (a serem trabalhados adiante), deprime e retoma o acompanhamento psiquiátrico e psicológico no posto de saúde após o falecimento de uma irmã, que deixa dois filhos com déficit cognitivo, aos quais Rita passa a exercer os cuidados. Cármen, por sua vez, sempre resistiu à ideia de ser acolhida pelos profissionais “psi” ligando-os ao estigma historicamente associado à loucura. Durante seu relato, várias vezes diz que recusava as propostas de encaminhamento porque acreditava que “psiquiatra é de doido”. A morte trágica de uma filha a coloca em contato com uma dor irreparável, levando-a a superar as próprias resistências e, enfim, dar início a um acompanhamento em saúde mental.

Helenice repete em seu discurso resistências semelhantes às de Cármen, o que atrasa sua chegada no CAPS, uma vez que evitava procurar ajuda da rede formal de saúde para lidar com o humor gravemente deprimido. A entrada em tratamento ocorre em dois passos: a) as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de seu posto fazem a avaliação de que algo não ia bem e orientam-na a busca pelo CAPS; b) Tentativas de suicídio graves e recorrentes levam Helenice a perceber que de fato precisava de ajuda:

Em casa eu tentei pular da janela, na época eu morava na VL-5, foi onde as meninas do posto viram que eu não estava bem, me deu papel pra mim ir no CAPS, só que eu não fui, porque eu tinha um pensamento de que lá era lugar de doido. Aí eu não fui. Só que quando eu vi que eu tentei de novo, quando eu não fui, eu fui parar na UPA, aí eu procurei ajuda. Aí eu fui no CAPS, aí eu fiquei fazendo tratamento no CAPS por anos, até sair aqui, saiu aqui recente. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

É imperioso localizar que, diante da ruptura provocada pelas crises em saúde mental, algo funciona como uma ponte, operando uma ligação e/ou articulação e promovendo a chegada do

sujeito no tratamento na rede formal de saúde, como ilustram os diferentes relatos dos entrevistados, função que pode ser exercida pelas mais diversas pessoas, figuras e instituições. No caso de Helenice, essa função foi exercida pelas Agentes Comunitárias de Saúde.

No momento em que as ACS intervêm e sugerem a ida de Helenice ao CAPS, Helenice estava dentro ou fora da rede formalizada de saúde? O caráter paradoxal da figura dos ACS são trabalhados por Lancetti (2014), que utiliza a expressão "trabalhadores afetivos" para descrevê-los. Segundo o autor, sua potência deriva justamente de sua natureza paradoxal: eles são, ao mesmo tempo, membros da comunidade e integrantes da organização sanitária. Esse hibridismo os capacita a atuar com grande capilaridade, operando como uma espécie de "dedo do Estado na comunidade", mas atualizando um Estado instituinte que se constrói por meio de práticas biopolíticas, função transclínica por excelência, o que lhes permite descobrir indivíduos em situações de vulnerabilidade que de outra forma não chegariam aos serviços de saúde, como psicóticos graves e vítimas de violência.

Outro termo interessante utilizado por Lancetti (2014) para descrevê-los é "polícia médica revolucionária", de modo que o termo "polícia" é tomado no sentido histórico de intervenção no ambiente doméstico e íntimo das pessoas, e "revolucionária" por sua habilidade de operar uma microsociologia vital e solidária, tecendo redes microsociais de alto poder terapêutico. Neste sentido, assim como no caso de Helenice, as ACS fazem uma ponte cujos pilares sustentam-se entre o sistema formal de saúde e a comunidade, possibilitando um trânsito entre os dois. Para Lancetti (2014), a alma comunitária e o papel de liderança que os ACS exercem solidificam uma função crucial como ponta de lança para uma pragmática fundamental para o modo brasileiro de fazer saúde pública.

Se a figura das ACS representam um elemento de ligação entre o sistema formal de saúde e a comunidade, na história de alguns entrevistados a função de articulação ou disparador para o cuidado entre aquele que necessita e os serviços formais de saúde foi desempenhada justamente por membros de seu ambiente social, seja ele íntimo ou externo. É o caso de Rubia, conforme já trabalhado anteriormente, para quem a família sempre operou como suporte importante e verdadeira articuladora de sua rede de cuidados. Alguns exemplos são ainda significativos, como o de Fagner e Manuel Ramos, cuja sensibilização foi feita pelos chefes em seus empregos, ou Cláudio, que é levado para um acolhimento no CERSAM por uma professora de sua faculdade:

Eu tive, o CERSAM, em Belo Horizonte. Tive pessoas que me ajudaram, na faculdade eu tive uma professora que me ajudou, ela me levava, pediu, ela que insistiu pra mim fazer o tratamento, ela foi comigo. [...] Ah, ela, ela, eu, porque, eu não fazia o tratamento sistematicamente, né? Então, fazia um pouco, parava e tal, então eu tava muito nervoso, né? Tive crise dentro da sala de aula, ela percebeu e... E falou, “não, tenho que levar você, fazer um tratamento, eu vou com você”. Eu falei, “não, eu já faço”, “eu já fui”, “mas eu quero ir com você, eu quero ver realmente, se você me deixar”, “então tudo bem, então tá”. Ela foi. Me acompanhou. Acho que é um CERSAM lá no... Sagrada Família, eu fui umas duas vezes lá. Me deram remédio, é... (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Nos exemplos aqui explorados, é alguém próximo ao entrevistado que percebe a importância de uma intervenção em saúde mental, sensibilizando-o ou fazendo-o chegar até os profissionais ou serviços de saúde. Em outra passagem, o próprio Cláudio conta sobre a intervenção de “uma pessoa” de seu trabalho que, percebendo seu adoecimento, aciona um psiquiatra conhecido, que chega a medicá-lo pontualmente na tentativa de auxiliá-lo com o que ele chama de “crises existenciais”:

Eu trabalhava de jardineiro numa casa, numa mansão e aí eu tive muita dificuldade existencial, sérios problemas existencial, e perdi esse...a... Enfim eu me sentia totalmente sem vida, triste, fazia coisas que eu não... Que eu não sei se era para chamar a atenção, ou se era para fugir da realidade, enfim, então aí lá também chamou - uma pessoa que eu trabalhava - chamou um amigo psiquiatra que me deu uma, umas injeções, que melhorou um pouco também, mas eu não lembro os nomes das injeções também não. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Neste ponto, convém discutir achado emblemático da pesquisa. O acesso a saúde e medicamentos é, quase sempre, assunto de grande interesse para a população, principalmente para a amostra que participou desta pesquisa. Torna-se significativo apreender que alguns políticos (vereadores, deputados) identificam essa demanda da população, adotam uma postura paternalista e/ou assistencialista e se colocam como benfeitores, mediando o acesso a serviços e bens essenciais que, na verdade, já deveriam ser garantidos pelo Estado. Dessa forma, políticos também apareceram no discurso dos entrevistados como articuladores do cuidado em saúde:

Quando eu morava no Terezópolis, em Betim, o Pinduca me ajudava muito. (Pergunta do entrevistador: Pinduca? Quem é o Pinduca?) Era o, acho que era o deputado de lá, sei lá, vereador. [...] Ele dava verdura, ele dava carro pra gente ir pro Divino Braga, ao Divi, é. Para aqueles hospitais lá, sabe? Hospital Regional de Betim. Fazer tratamento, sabe? No hospital levava, trazia, buscava, dava remédio. Quando não tinha na farmacinha, ele dava, sabe? Cesta básica. O carro ficava à nossa disposição. Agora diz que ele morreu, né? O Beto Mania foi meu padrinho de casamento. [...] Ele e a esposa dele. Foi meus padrinhos de casamento. O Eliseu também. Eliseu Xavier. Vereador também. Me ajudou muito. Sabe? A igreja católica também me ajudava, com cesta básica, sabe, de vez em quando. Não era todo mês, né? De vez em quando. Mas o Pinduca foi tudo pra nós. Nós saía de casa no Teresópolis pra ir lá no PTB, a pé, pra gente ir pegar verdura. Tinha fila lá pra gente pegar verdura, a gente levava muita verdura pra casa. Dava pra comer mais de uma semana. Cesta básica levava na porta da gente. Foi uma bênção na nossa vida. (Rita, 55 anos, mulher negra)

Em seu discurso, Rita aborda também a ajuda recebida da Igreja Católica para o acesso a alimentos. É evidente que há uma escolha de Rita nesse tipo de relação, uma vez que faz uso dos recursos de quem tem algo a oferecer. A importância da fé e da religião para o itinerário de cuidados dos sujeitos da pesquisa será melhor abordada adiante. Aqui, convém pontuar a postura controversa de políticos que agem como mediadores de direitos básicos, como saúde e educação. Essa dinâmica é perigosa. Quando um político distribui cestas básicas, consegue uma vaga em uma creche ou articula uma consulta médica como se estivesse fazendo um favor pessoal, ele está deturpando a função do cargo público.

Ao apresentar o acesso a esses serviços essenciais como um favor pessoal, o político cria uma relação de dependência e clientelismo, transformando o que deveria ser um direito em uma "esmola". Isso mina a cidadania dos sujeitos, pois o eleitor, em vez de exigir que o Estado cumpra suas obrigações, passa a se sentir grato pela ajuda individual recebida. O verdadeiro papel de um representante não é "conseguir" favores, mas sim lutar para que todos os cidadãos tenham acesso igualitário e garantido a esses direitos, sem a necessidade de intervenções pessoais.

E, neste cenário, chegando aos equipamentos do Estado como operadores da chegada dos indivíduos ao tratamento, aparece ainda, no discurso dos entrevistados, a intervenção da polícia como elemento que opera um corte na trajetória guiada pela crise para introduzir aí a intervenção dos serviços públicos de saúde. Na história de Antônio Carlos, é exatamente assim que ocorre, a polícia intervém e produz sua chegada a um hospital psiquiátrico:

Eu tentei se jogar no meio do carro da polícia, a polícia me pegou, me levou pra internar lá no Galba Veloso na época, eu fiquei internado no Galba Veloso por bom tempo. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Neste contexto, é fundamental abordar os serviços que foram utilizados para suporte no momento das crises vividas pelos usuários entrevistados, a saber: hospitais psiquiátricos públicos e privados, os CERSAMs de Belo Horizonte, os CAPS de Contagem e o NAPS de Ribeirão das Neves. Em particular, cabe destacar curiosa dinâmica com a qual estes serviços se apresentam a partir dos relatos dos entrevistados.

Os hospitais psiquiátricos estiveram presentes nos itinerários terapêuticos de Rúbia, Isabela e Antônio Carlos. Enquanto Antônio Carlos foi internado em um hospital psiquiátrico público a partir da intervenção da polícia, Rúbia foi levada pela família para um hospital psiquiátrico de direito privado sem fins lucrativos, o qual atende três tipos de público: particular, convênio ou plano de saúde e filantrópico (gratuito, no caso de pacientes com vulnerabilidade socioeconômica).

O hospital pelo qual Rubia passou é o mesmo no qual Isabela se internou, a partir do convênio de sua empresa, à época.

Chama a atenção no discurso de Rubia e Isabela o fato de apontarem o hospital psiquiátrico como referência para os momentos de sofrimento intenso. Questionadas, referem até conhecer o CAPS, mencionam passagens suas ou de familiares pelo CAPS, mas é o hospital psiquiátrico que lhes aparece como instituição referência para a crise:

É, a minha irmã que mora comigo lá no meu lote, é, chegou numa situação tão difícil que ela achou que eu ia morrer. Porque eu já não comia, eu não bebia, eu ficava prostrada demais, aí a solução foi internar mesmo. E foi ela que me internou na verdade, nem foi meu esposo, ela que me internou. Porque ela que ficava comigo, então assim, o hospital psiquiátrico é um hospital bom. (Rubia, mulher negra, 51 anos)

Os Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte e de Betim aparecem no itinerário terapêutico daqueles entrevistados que, no passado, residiam nestas cidades no momento das crises, como é o caso de Cláudio, Rita e Antônio Carlos.

E na faculdade também, quando eu fui, estava fazendo faculdade, eu tive crises, né? Várias crises, várias vezes passava pelo CERSAM, CERSAM? Acho que em Belo Horizonte era CERSAM mesmo, entendeu? Então... Duas, três, quatro vezes, mais ou menos. Ia, tomava os remédios, depois parava, tomava, parava, entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

A propósito, vale ressaltar o trânsito de alguns usuários entre municípios da região metropolitana, o que os leva a mencionarem diferentes dispositivos ligados à realidade específica da Rede de Atenção Psicossocial dos territórios de moradia. Rita, por exemplo, frequentou o CERSAM Teresópolis e o CERSAM Betim Central antes de se mudar para o bairro Tupã em Contagem. Antônio Carlos menciona o NAPS da rede de Ribeirão das Neves, onde fez uso do dispositivo da Permanência Dia:

Igual eu te falei, eu fiquei internado ali no Galba Veloso, umas três vezes eu ia pra lá. Depois eu comecei a fazer tratamento no NAPS ali de Ribeirão das Neves. Perto da ONG ali. Comecei pra tratar, mas não ficava, ficava o dia todo e depois eu vinha embora. Depois a gente vinha embora. Só almoçava, tomava café e vinha embora. De tardinha quando dava umas 5, quase 6 horas, eles iam buscar, eles levavam até em casa, quando você não tinha condição de... coisa. Aí, depois disso, eles me mandaram, eu me internei no... no Praia, em Contagem, Praia Clube. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Praia é o nome da região onde fica o CAPS Sede de Contagem, referência para as crises no território de Antônio Carlos. É interessante que o excerto parece captar momento específico no qual fica juridicamente definido que o território do bairro Liberdade, zona rural onde Antônio Carlos reside, pertencia a Contagem e não a Ribeirão das Neves, o que produz o encaminhamento de todos os moradores do bairro Liberdade (que acessavam a rede de Ribeirão das Neves) para os

serviços de Contagem. Entretanto, Antônio Carlos parece não conseguir desenvolver o mesmo vínculo com a equipe do CAPS Sede, apontando o NAPS como grande referência em sua trajetória:

Na época foi lá no NAPS de Ribeirão das Neves. As meninas me acolheram. Porque tinha época que eu ia muito por a (pela) conversa das pessoas, não sabia, parava de tomar o medicamento. Hoje eu já não faço mais isso, porque eu tenho consciência, que é pro meu bem, que eu tenho que tomar medicação. [...] Foi porque quando eu, quando eu não tava indo no tratamento, eles vêm me visitar aqui em casa. Vieram me visitar, saber porque que eu não tava indo. Eu tava em crise, tava agressivo, tava agredindo as pessoas, tava avançando, até mesmo nos meus pais, tava surto. [...] Foi o apoio. Quando eles abraçaram a minha causa. Falaram, “não, nós estamos aqui pra te ajudar, estamos contigo”. “Pode contar conosco”. E nos momentos mais difíceis que eu passei que eu tava chorando, eles me acolhiam. Eles estavam ali pra me abraçar, me dar uma palavra de incentivo. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Isso leva a outro ponto crucial. Cláudio, Isabela, Antônio Carlos e Helenice mencionam passagens pelo CAPS de Contagem. Contudo, diferenças na experiência relatada tornam importante uma análise um pouco mais detida. Helenice fala sobre um vínculo terapêutico com o serviço, de modo que esta ficou cerca de um ano e meio sob os cuidados dos mesmos profissionais, o que é interpretado como positivo e possibilitador de uma alta cuidadosa para a atenção básica de Vargem das Flores. Segundo Helenice, “com a Alana(nome fictício) lá do CAPS lá, eu fiquei um ano e meio com ela. Então tipo assim, eu já tinha aquela confiança” (Helenice, 47 anos, mulher parda).

Cláudio, Isabela e Antônio Carlos, por sua vez, falam sobre o CAPS em Contagem com distanciamento afetivo, mencionando passagens pontuais em momentos agudos ou para acesso a medicamentos psicotrópicos. A título ilustrativo, Cláudio conheceu tanto o CAPS Ad quanto o CAPS Sede de Contagem, mas suas passagens pelos serviços são descritas da seguinte forma:

Ah, eu só ia de vez em quando, quando eu não tava me sentindo, não tava aguentando mais, aí eu ia, entendeu? Passava por lá só para me dar remédio mesmo, porque não tinha atendimento com psiquiatra direto (na AB), entendeu, não tinha um acompanhamento direto. Então, aí eu passava por lá pra... Pegar remédio. Tinha que ir lá. E aí o tratamento, os tratamentos, eles não eram regulares. Era mais quando eu estava na crise mais forte. Então não tinha remédio direito. Tem época que faltava remédio. Aí ficava mais difícil também. Eu passei por... Aí passei então, pra esses... Os equipamento foram poucos em Contagem. Então tem quase que pouco pra falar. Mas eu não posso reclamar não porque todas as vezes que eu fui eles me ajudaram, entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Assim, os dados da pesquisa parecem sugerir certo apagamento dos CAPS de Contagem em meio ao emaranhado de serviços e soluções às quais os participantes recorreram nos momentos de agudização dos sintomas. Convém discutir o comportamento de Antônio Carlos de fazer uso, simultaneamente, dos serviços públicos de saúde da rede de Contagem e Belo Horizonte, mantendo seu acompanhamento atual em saúde mental com psiquiatria e psicologia em um Centro de Saúde

no Morro das Pedras em Belo Horizonte. Para isso, Antônio Carlos utiliza dois endereços válidos dos territórios onde é referenciado, transitando entre os dois municípios conforme necessita. Para ele, as redes vão se alternando, utilizando o melhor de cada uma a partir de suas necessidades:

Já tem um tempo que eu faço tratamento lá, desde... eu faço porque lá pra mim as coisas são mais fáceis. [...] E aqui é mais difícil. A única coisa que eu... O que eu consegui foi, é, visita domiciliar pra minha mãe aqui, mas meu pai não tá tendo paciência, ele tá achando que tá demorando. Porque aqui em Contagem as coisas são mais difíceis, né? Tá começando agora, né? [...] Porque aqui tem muita coisa que ajuda a gente também... Entendeu? Naquilo que eu não consigo lá, eu venho aqui, entendeu? (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Conforme foi sendo discutido, a jornada até o tratamento, para os entrevistados, não é um percurso linear, mas sim uma rede complexa de rupturas, crises, pontes e suportes. As histórias de Rita, Cármen, Helenice, Cláudio e outros revelam que a busca por ajuda raramente é uma decisão racional tomada em um momento de calma. Pelo contrário, ela é impulsionada pela irrupção de um sofrimento psíquico insuportável que desestabiliza a vida, forçando o indivíduo a buscar novas estratégias de sobrevivência. É nesse ponto de crise que diferentes "pontes" surgem: da rede informal de família e amigos, a mediadores paradoxais como as Agentes Comunitárias de Saúde, políticos assistencialistas e, em casos extremos, a própria polícia. Essa multiplicidade de caminhos de acesso sublinha a fluidez e a interconexão entre as redes formais e informais, revelando que a entrada em tratamento é um processo singular, marcado pela urgência da dor e pela busca incansável por alívio.

A análise dos itinerários terapêuticos também destaca a dimensão relacional como crucial para a superação de barreiras e estigmas, como aquelas descritas por Cármen e Helenice. A autonomia dos sujeitos em sofrimento se manifesta na forma como eles, munidos de suas redes e recursos, constroem essas pontes. Essa capacidade de invenção, ilustrada pela família que articula o acesso, a professora que acompanha a consulta ou o colega de trabalho que aciona um profissional, evidencia que o sujeito em sofrimento não é um agente passivo, mas sim um protagonista que navega por um sistema de cuidado muitas vezes fragmentado e em construção. No entanto, essa autonomia também expõe as ambiguidades e os desafios dessas pontes, seja na atuação controversa de políticos que promovem o clientelismo, ou na percepção variada dos próprios serviços de saúde.

A coexistência de diferentes referências – de hospitais psiquiátricos a CAPS e NAPS – e o trânsito entre municípios, como no caso de Antônio Carlos, demonstram a complexidade dessas jornadas. A experiência dos participantes, que acessam e transitam por diferentes dispositivos,

sugere que o tratamento não se restringe a um único ponto de contato, mas a um processo dinâmico de negociação e uso de todos os recursos disponíveis. As histórias aqui apresentadas, portanto, reforçam que o processo de busca por ajuda é multifacetado e dinâmico, refletindo tanto as fragilidades do sistema de saúde quanto a capacidade de agência e invenção dos sujeitos ao tecerem seus próprios caminhos para o alívio.

5.4.3 Invenções: pontos dados pelos sujeitos na costura das redes de cuidado

O contato com os itinerários terapêuticos dos participantes da pesquisa demonstra que eles vão percorrendo e construindo seu caminhar pelas redes com autonomia e fluidez, de modo que ao executar o trabalho de reconstruir com eles esses itinerários encontra-se uma série de invenções singulares, mas também coletivas, que elaboram para aliviar suas dores e sofrimentos; o que permite retomar a metáfora da agulha e da linha de costura ao perceber que boa parte dos pontos e amarrações são feitos pelos próprios usuários dos serviços.

Parcela significativa do que se pretende discutir pode ser ilustrada pelo uso de equipamentos inesperados ou atípicos como fonte de suporte psicossocial regular pelos entrevistados que participaram do estudo, pelo menos quando se toma como referência a Rede de Atenção Psicossocial preconizada pelo SUS. Para começar, Fagner e Isabela, durante tempo considerável, mantiveram seu acompanhamento em saúde mental com consultas regulares com as especialidades psiquiatria e/ou psicologia pelo convênio de saúde. Neste sentido, sua chegada à rede do SUS de Contagem já foi uma transição, operada quando, por algum motivo, eles perderam o convênio ou o acesso aos profissionais que atendiam pelo convênio:

Aí, eu comecei a tomar essa medicação controlada. Doutor Francis (nome fictício), é o nome dele. [...] É, ele foi uma... Como se diz, um anjo na minha vida, sabe? Ele, é, eu tava tendo crise demais. E eu passei por vários, vários médicos, inclusive da rede de convênio, sabe, psiquiatra. E nenhum conseguia acertar a medicação, não conseguia dar um, fechar um diagnóstico, né? [...] Acertou a medicação, fechou o diagnóstico. É, inclusive, eu, mesmo depois de eu ter, mesmo depois de eu ter perdido o convênio, mesmo depois de eu ter perdido o convênio, porque tem o período de carência, né? Aí eu ainda continuei consultando com ele, é, particular. Tentei manter o meu acompanhamento com ele particular. E ele sempre me atendia... Sempre me atendeu super bem. Aí é, e aí quando chegou um ponto que já não tava, tipo assim, a gente não tava conseguindo mais sustentar aquilo ali mais, que acaba ficando pesado também, né? Aí é, foi aonde, é, a gente procurou a rede pública, né? Fui no, no, no, no Posto Saúde. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

Conforme foi discutido, historicamente Cláudio sempre apresentou dificuldades de vincular-se aos CAPS e aos serviços de saúde mental para um acompanhamento longitudinal

contínuo, o que, provavelmente, pode ter relação com sua própria condição de adoecimento e o sentimento persistente de não pertencer ao laço social. Entretanto, devido à necessidade de constantes licenças médicas e afastamentos do trabalho, que levaram-no, inclusive, a se aposentar do serviço público em dois municípios, Cláudio parece ter conseguido uma relação de suporte e amparo no setor de Saúde do Trabalhador, responsável pelo acompanhamento sócio-funcional dos servidores, tanto no município de Contagem quanto de Nova Lima, nos quais trabalhou como pedagogo:

Devido aos atendimentos que eu também fazia nos equipamentos de onde eu trabalhava, é, serviço médico, o CIS de Nova Lima e o serviço de atendimento ao funcionário médico aqui de Contagem também, entendeu? Então eles foram detectando, me ajudando, entendeu? Tentando... Consulta com o psicólogo, entendeu? Os afastamentos iam aparecendo e a gente, eles iam me acompanhando, a psicóloga daqui de Contagem, psicóloga de Nova Lima, é... Os médicos também que estavam lá no atendimento de Contagem da prefeitura para funcionários também, entendeu? Aí, é, quando eu perdi a condição de estar diretamente em uma sala de aula, eu escrevi projetos para mim atender pequenos grupos, aí eu trabalhei muito tempo com pequenos grupos, entendeu? [...]. E aí, como eu estava apresentando, licença, elas foram me conhecendo e foram me ajudando a acompanhar, entendeu? A assistente social também, de Nova Lima, entendeu? Fui lutando até enfim, por fim, a psicóloga aqui de Contagem falou pra mim, “olha, vamos ver se a gente te aposenta, porque, é, afastar você de uma vez por todas”, entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Mais uma vez o conteúdo das entrevistas permite resgatar a noção apontada por Merhy et al (2014) de que os usuários são redes vivas de si próprios, uma vez que o tempo todo estão produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando os cuidados. Neste sentido, a rede é montada e remontada pela demanda dos usuários e vai em acontecimento sendo tecida. Isto parece descrever o itinerário de cuidados construídos pelos participantes da pesquisa. Arranjos inesperados vão sendo montados pelos sujeitos, sustentando-se ou passando por reformulações a partir de seu funcionamento. Se Cláudio se vinculou ao setor de saúde do trabalhador e conseguiu obter aí um suporte, Cármen estabelece uma relação terapêutica interessantíssima com uma médica especialista da atenção secundária do município.

Portadora de alterações importantes e persistentes nas hemácias de seu sangue, Cármen permanece sob os cuidados de uma mesma hematologista durante anos, de modo que a relação terapêutica das duas acaba produzindo efeitos na rede de cuidados montada a partir da trajetória de Cármen, rede que passa a ser ordenada pela atenção secundária, movimentada por acionamentos e encaminhamentos da médica de referência. Neste sentido, na história de Cármen, é a atenção secundária que aciona a atenção primária e produz a inserção de Cármen em acompanhamento em

saúde mental quando esta veio a demonstrar que o falecimento da filha havia sido um golpe duro demais.

Quem veio descobrir que eu tinha a pedra na minha vesícula foi a doutora Amanda (nome fictício). Quem veio a descobrir que eu tenho, é, cistose no sangue, é a doutora Amanda. [...] A doutora Amanda começou a me descobrir os problemas de saúde meu, que eu falava com ela. Ela me enviou pro imunologista. (Fala do pesquisador: “ela ia encaminhando, né?”) Isso, ela me dava o papel, ela falava assim, é... “Cármem, vai pro posto, vai pro posto marcar o hematologista que você precisa com urgência”, beleza. Ai... Acontece, igual o que eu te falei, ai tá. Ai um médico foi encaminhando pro outro”. (Cármem, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

No itinerário Terapêutico de Isabela aparece, ainda, a participação de uma Organização Não Governamental (ONG) ligada à Igreja Católica que atua em territórios carentes, onde ela passa a frequentar atividades terapêuticas ofertadas: acompanhamento psicológico, massoterapia e terapia com pêndulo (radiestesias). Entretanto, em seu discurso, o dispositivo de maior importância em seu tratamento foi o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Isabela refere um papel de verdadeiros articulador de rede associado ao CRAS, acionando e ajudando-a a acessar diferentes serviços de saúde:

Aí fui no CAPS, aí do CAPS eles me encaminharam para o CRAS, fui assistida pelo CRAS e o CRAS que conseguiu pra mim, né, fazer o tratamento assim, perto de casa, né? Com os médico que tinha, e tudo, me encaminhou, não sei se te informar como é o nome, não sei se é Crepes, CIEVS, alguma coisa assim, né? Que é acompanhamento, né da mulher. [...] O CRAS me deu e até hoje, assim, o que eu preciso é só entrar em contato com assistente social e elas, assim, me ajudam muito, sabe? Me ajudou até financeiramente, numa época que eu passei né, muita perda no prol desse, desse agiota, né? E conseguiram hackear minha conta, e, eu não tava conseguindo receber, tive que bloquear meu cartão e, aquele processo todo. E nesse processo demorou mais ou menos uns quatro meses e o CRAS me ajudou financeiramente, me deu um suporte de tudo, a passagem para o meu menino fazer tratamento no CAPSi, alimentação, né, assim me deu um suporte muito grande e foi o único assim, na rede aqui, que me deu uma assistência. Não posso dizer outros... Outros que não teve. (Isabela, 41 anos, mulher negra)

A análise dos itinerários terapêuticos dos participantes da pesquisa revela uma rede de cuidado que é tecida, remendada e reforçada pelas invenções singulares e coletivas das pessoas em sofrimento psíquico. A metáfora da costura, inicialmente proposta, ganha profundidade ao mostrar que a agulha e a linha são manejadas pelos próprios usuários, que buscam, articulam e ressignificam dispositivos e relações para compor um tecido de suporte que, muitas vezes, ultrapassa as fronteiras da Rede de Atenção Psicossocial.

Os relatos de Fagner, Cláudio, Cármem e Isabela ilustram como a busca por alívio se move em múltiplos caminhos — da clínica privada à saúde do trabalhador, da hematologia ao CRAS — o que ressalta a capacidade dos sujeitos de produzirem, em suas vidas, redes vivas de si próprios. Essa fluidez e criatividade no uso dos recursos disponíveis não só respondem a um intenso

sofrimento psíquico, mas também ressoam as complexas determinações sociais que moldam suas trajetórias de vida e de adoecimento, confirmando que o cuidado é um processo dinâmico, movimentado pela demanda e pela agência dos próprios sujeitos.

5.4.4 Invenções: Fé e religião na busca pelo alívio do sofrimento

É preciso, agora, considerar outro ponto importante que se insere na discussão aqui realizada. Durante o contato com os entrevistados procurou-se, também, identificar recursos para além das redes formais que pudessem funcionar para eles como uma espécie de ponto de ancoragem, porto seguro, produzindo efeitos de apaziguamento e sustentação importantes. Diante disso, é importante notar que a fé e a religião operavam, para vários entrevistados, como essa espécie de pilar de sustentação ou fonte de resiliência.

Para muitos entrevistados a fé e a religião apresentaram-se como elementos importantes em suas trajetórias de cuidado, com essa dimensão aparecendo nas entrevistas a partir de perspectivas distintas, porém complementares. Rita e Cláudio, por exemplo, falam sobre a sua entrada na religião como uma dupla experiência: a) fazer parte de uma comunidade que permite experienciar algum suporte, b) uma vez estando nessa comunidade, conseguir interromper o uso de álcool (Rita) ou outras drogas (Cláudio).

Na igreja. É... Eu... Eu passei um bom tempo na igreja católica. É, é, tem pessoas também que me acompanhou, que me ajudou. Igreja católica, passei um bom tempo, é, depois eu passei um bom tempo também em uma igreja evangélica, saí, e por último agora quando eu tava já com problema com drogas e álcool e mental, aí eu escolhi uma igreja evangélica também, e eu comecei com eles no intuito de fazer um tratamento mesmo, assim, entendeu? Então eu assumi um compromisso com os médicos que me atendiam, tanto em Nova Lima como em Contagem, que eu, eu precisava de, de superar essa questão da droga e também, aí, até uma assistente social sugeriu também, “a igreja agora vai ser muito importante”, entendeu? Aí eu escolhi uma igreja, que é a Cristã do Brasil, e fiquei nela e tal, mas aí teve idas e voltas, entendeu? Momentos difíceis, momentos que eu estava conseguindo segurar o vício, mas eu nunca desisti, entendeu? Então tipo, eu fui diminuindo, entendeu? E tentando, brigando, entendeu? Até que... Por último, agora estou há cinco meses sem uso de drogas, enfim, e continuo na igreja e está me incentivando muito. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

É interessante notar, no relato de Cláudio, que uma profissional assistente social do serviço de saúde do trabalhador que o acompanhava fez a sugestão de uma inserção religiosa, o que ele colocou em prática. Antônio Carlos, por sua vez, traz falas significativas sobre a temática. Para ele, a fé em Deus aparece como um “sustento”, uma dimensão que auxilia a suportar as adversidades

da vida com resignação. Neste sentido, a fé lhe permite passar pelas dificuldades sem que o fato de precisar suportá-las se torne, com isso, mais uma camada no complexo emaranhado de sofrimento:

Eu creio muito em Deus, eu creio muito no evangelho. Jesus ressuscitou dentro dos mortos e Ele vive. Ele vive, Ele reina e um dia eu vou estar com Ele lá face a face. É o que eu creio, vou encontrar o meu Rei, meu Redentor, sabe? Me encontrar face a face com Ele, poder abraçar, dizer o tanto que foi difícil aqui, o tanto que Ele me ajudou nos momentos mais difíceis. Ele mandou o Espírito Santo para me consolar, me fortaleceu em todo o tempo, me sustentou. Nos momentos de adversidade, de luta, de aflições. Enquanto a gente estiver aqui, a gente está sujeito a passar aflições, né? “Que no mundo tereis de aflição, mas tende bom ânimo” (Cita o Evangelho de João, 16:33). Ele venceu. E Ele prometeu que um dia voltaria para nos buscar, pra levar pra morar com Ele. Eu creio nisso. Aqui a palavra diz, lá em João 14, “Não se turbe o vosso coração; credes em Deus, credes também em mim. Na casa de meu pai há muitas moradas, se não fosse assim, eu vos teria dito. Preparei lugar para que onde estiver estejai vós também”, eu creio no evangelho. Da salvação, é isso que eu acredito. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

A propósito, vale ressaltar algumas atividades ligadas à fé religiosa que são apontadas pelos entrevistados como, elas próprias, apresentando efeitos terapêuticos. Antônio Carlos, por exemplo, cujo relato foi citado acima, fala sobre o hábito de ler a bíblia como uma atividade que o apazigua, recurso utilizado por ele, inclusive, durante as internações que teve no hospital psiquiátrico. Cármen, por sua vez, traz um interessante relato sobre o hábito de cantar louvores evangélicos. Em seu discurso, cantar louvores opera uma função de espantar o mal, aliviando sentimentos negativos e ajudando-a a sentir-se em paz.

Uma passagem interessante do relato de Cármen descreve a crença de que a força de sua fé a livrou da indicação de uma cirurgia no coração. Segundo seus relatos, se fosse apenas pelos médicos, estes teriam lhe indicado uma operação no coração, entretanto, a fé e a relação que tem com Deus foi suficiente para evitar esse desfecho.

E na hora que você mais precisa, presta bem atenção, na hora que você mais precisa, Ele tá ali pra te socorrer, te ajudar e apoiar. Grita por Ele. Que Ele já me livrou de tanta coisa. E já me livrou até de faca. Eles ia por aparelho dentro do meu coração. Aconteceu esses dia. Que eu falei comigo com Jesus. Falei assim, o médico, o cardiologista já tinha me dado o papel todinho. [...] Era um... É tipo um... Aqueles aparelhos, umas pilhinhas. É tipo... É um robô, porque tem dentro a pilha. Eu falei, “Jesus, eu não aceito. Eu não aceito” (ênfase). Ai tava lá, internação, passar por cardiologista lá no hospital das clínicas. Aconteceu há pouco tempo agora. Pra você ter noção, aconteceu dia 31, final de janeiro. Marcou lá... Fui. Ele vai me pôr a mão pra me medicar, mas me pôr a mão pra me cortar eu não aceito não. Quem vai me fazer, se eu tenho... Eu sei que eu não tenho, porque eu sou uma pessoa perfeita. Não falta um pedaço. Então, isso é uma questão racional. E eu não aceito ele pôr a mão pra me cortar não. Não aceito. Ai, foi a menina comigo, a minha tava assim, nossa... E minha irmã? Que eu te perdi? Que te falei que eu te perdi. Ela tava toda rasgada, do coração. Ai foi uma coisa. “Não aceito isso na minha vida, não aceito. Não entra na minha vida”. (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

É interessante notar que uma situação parecida aconteceu também com Rita. Ao longo da vida, Rita teve alguns problemas na coluna que ela não soube explicar bem quais eram, chegando a passar períodos nos quais não conseguia andar. Em seu sistema de crenças, “todo mundo que faz cirurgia da coluna” “acaba ficando paralítico”. Dessa forma, sempre que o acompanhamento com os ortopedistas começava a caminhar para uma indicação de cirurgia, ela própria interrompia o acompanhamento. Na passagem à seguir, de modo muito semelhante ao relato de Cármen, a fé e o poder de Deus são apontados como responsáveis por afastar um mal desfecho de sua vida:

Minha tia que me levou. Ai eles falaram com a minha tia, o médico falou com a minha tia, que eu não ia andar mais. Que eles podia caçar uma cadeira de roda pra mim. Na mesma hora, minha tia pôs o joelho no chão e falou, “tá repreendido em nome de Jesus”, que é minha tia evangélica, né? Ai... É um hospital muito esquisito que eles me levaram. Eu não tive uma visita a não ser da minha tia... Ai eu saí de lá, sem andar, a ambulância me levou em casa. Daí pra cá, eu comecei a fazer fisioterapia. Minha filha, ainda era pequena, nem pensava em ser mãe. Ela era pequena mesmo. Ai eu comecei a fazer fisioterapia em casa, andando. Andava um passo, dois caía. Andava um passo, dois caía. Mas graças a Deus, tô, tô, né, tô andando, capinando lote pros outros. (Rita, 55 anos, mulher negra)

A experiência de Rubia com a religião evangélica merece ser explorada com atenção. Para ela, a vivência em uma comunidade religiosa se apresentou, em sua história, como uma experiência de suporte significativo, de apoio comunitário. Por exemplo, Rubia passou por uma experiência de internação em hospital psiquiátrico e, durante a internação, diferentes “irmãs” e “irmãos” da igreja iam visitá-la dentro do hospital, levando incentivo e “palavras que alimentam”, como discutido anteriormente.

Além disso, Rubia refere ter frequentado e ajudado a dirigir diferentes grupos de apoio dentro de sua igreja. Quando os filhos eram pequenos, ela e o marido conduziam o “grupo de crianças”, no qual os filhos participavam. Em outros momentos, dirigiam e participavam do “grupo de casais”. Rubia menciona, ainda, ter participado e ajudado a organizar o “grupo de mulheres” e o “grupo de dança”, experiências apontadas como terapêuticas pelo efeito de amparo experienciado ao se estar em coletivo. Um trecho interessante de seu relato aborda a interpretação de sua pastora sobre o seu adoecimento psíquico, assim como um conselho por ela dado com muita crítica e sensatez:

Ó, todo mundo sabe que isso é físico, isso é do corpo mesmo, da saúde mental, da cabeça da pessoa. Mas eles não são aquele tipo de pessoa que fica falando, ah, isso é demônio, que tem igreja que é assim. Qualquer coisa que você tem, fala, ah é demônio. Não. Igual por exemplo, eu tenho uma pastora, ela se chama Elisa, ela é filha do pastor Isaiás (nomes fictícios). Um dia eu falei com ela, “ô pastora, eu estou me sentindo envergonhada, de tomar esses remédios”, porque assim, quem olha pra mim não fala que eu tomo nada, eu penso assim né, e ela pegou e falou assim, “não, você não tem que se sentir envergonhada não, você tem que continuar o seu tratamento, porque ele não

te faz mal, ele te faz bem, então você não tem que parar de tomar remédio nenhum”. Então eu penso assim, se fosse um outro, um outro pastor, sei lá, tivesse a mente mais... Fechada, ia falar: “não, você tem que parar mesmo, porque isso aí é coisa do diabo, que não sei o que”, não, ela fala, “não, você vai continuar o seu tratamento porque o seu tratamento não te faz mal, o seu tratamento te faz bem, então você não tem que ter vergonha de nada”, então ela me ajuda, só que assim, eu não fico falando com todo mundo que eu tomo remédio não. Pra quê? (Rubia, mulher negra, 51 anos)

A esta altura, é interessante notar que outros trabalhos sobre itinerários terapêuticos de usuários dos serviços de saúde mental também discutiram a presença da experiência religiosa na trajetória de cuidados elaborada pelos sujeitos, como é o caso de Vieira e Pegoraro (2020) e Pereira (2020).

Realizado a partir da ótica da família, o estudo de Vieira e Pegoraro (2020) objetivou identificar as explicações dadas pelo familiar a respeito do problema de saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico, de modo que explicações espirituais aparecem como uma das perspectivas encontradas. Estabelecendo uma comparação com os resultados aqui discutidos, perspectiva semelhante chegou a aparecer nos relatos de Cláudio e Cármen, citados na seção sobre a experiência de adoecimento psíquico. Quanto ao trabalho realizado por Pereira (2020), o qual estudou as trajetórias das pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado, encontrou-se que as igrejas, sobretudo a evangélica, se caracterizou como um setor aberto, de fácil acesso, e que através de seus dogmas e rituais, permitia propiciar conforto e alívio para os usuários na maior parte das situações.

Dessa forma, a presença da fé e da experiência religiosa demonstra participação nos itinerários terapêuticos encontrados nesta e em outras pesquisas. Isso leva a outro ponto que precisa ser discutido. Tavares (2025) elabora um trabalho que investiga como o crescimento de igrejas e fiéis pentecostais afeta a vida em comunidades periféricas, apontando que tem produzido transformações significativas nas sociabilidades contemporâneas.

O estudo analisa as novas formas de organização e sociabilidade que surgem com a chegada dessas igrejas. A autora reflete que este crescimento se dá, principalmente, entre a parcela da população negra, pobre, majoritariamente feminina e jovem, moradora de regiões periféricas. Interessante notar a aproximação dessa descrição com as participantes desta pesquisa, que são majoritariamente mulheres, negras, e periféricas. Segundo Tavares (2025):

A religião, nesses contextos, vai além da espiritualidade individual. Ela atua como um importante suporte social, oferecendo auxílios diversos, apoio emocional e senso de comunidade. As instituições religiosas muitas vezes organizam eventos comunitários, distribuem alimentos e oferecem serviços sociais, suprimindo lacunas deixadas pelo poder público (Tavares, 2025, p. 514).

A presença crescente das igrejas evangélicas em territórios vulneráveis tem levado a questões de pesquisa importantes. Qual é o lugar dos fiéis negros – como indivíduos não branqueados – na igreja? Quais são as possibilidades de reconhecimento da sua identidade negra? Qual identidade deve ser reivindicada? A partir de tais questionamentos, Reina (2017) propõe uma discussão que considere o entrecruzamento entre o pentecostalismo e questão racial no Brasil, refletindo sobre os desafios e possibilidades do ser negro na igreja evangélica, em um contexto contemporâneo de crescente intolerância religiosa. A pesquisa analisa os desafios e as possibilidades para que pessoas negras possam afirmar sua identidade e historicidade dentro da comunidade religiosa, argumentando que a identidade negra e a cristã não são necessariamente antagônicas.

Apesar de fértil, a discussão realizada até aqui já demonstra o papel e a presença das igrejas no rol de possibilidades para alívio da dor e sofrimento entre populações vulnerabilizadas. Raça e gênero se interseccionam e participam da experiência religiosa dessas participantes. Entretanto, os resultados desta pesquisa demonstram que nem sempre a relação entre sofrimento psíquico e apoio religioso é positiva. Isabela traz um relato de ter interrompido o contato com um pastor evangélico a partir do momento em que as intervenções deste tiveram um efeito de aumentar a sua ansiedade e intensificar o sofrimento vivido. Apesar de extenso, o trecho à seguir é ilustrativo e merece ser destacado na íntegra:

Atualmente eu vou na... Na igreja evangélica, mas eu vou no culto da manhã que tem poucas pessoas, tem umas 5, 6 pessoas, mesmo, vou no horário vazio. A maioria das vezes é o pastor que vai na minha casa. (Pesquisador: Ele vai? Você consegue encontrar um suporte assim, na igreja? Você acha que isso te ajuda? Não?) Sim e não. Ajuda porque, pelo menos assim, é uma pessoa que eu sei que tá ali constantemente se eu precisar. Mas o tal daqueles negócios de revelação assusta a gente, né? Aquele trem deixa a gente...Mais... Mais perdido que tudo. (Pesquisador: Por quê, Isabela? O que você quer dizer?) Porque tem a tal das revelações. Então, assim, essa semana mesmo ele falou comigo que viu os meus dois meninos no caixão. Então, assim, às vezes isso atrapalha, porque eu fico mais ansiosa. Minha mente começa a girar, “porque os meninos estão na rua?”. E eu fico preocupada, “o está acontecendo?”. Né... Então, assim... Eu já fui parar na praça para procurar eles e não conseguia voltar, a praça estava tão cheia, eu dei crise do pânico e não consegui voltar. Eu simplesmente sentei debaixo de uma árvore e fiquei. Aí, só que aí, meu cunhado passou do serviço, me viu e me levou para casa. A minha mente, eu não sabia nem voltar para casa. Então, assim, isso, depois dessa revelação a tal da revelação que ele fez, eu até falei... Questionei, que eu vou pedir um tempo para ele não ir lá em casa e eu também não vou na igreja, porque... Me atrapalhou, porque minha cabeça fica ruim. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

A “revelação” feita pelo pastor é interpretada como invasiva, trágica e violenta. A continuidade do discurso vai demonstrar que só de imaginar a cena Isabela já passa mal. Ao ser considerada em seu todo, a experiência de Isabela fala sobre os esforços de uma mulher negra (que

foi violentada durante toda a vida e veio a desenvolver um sofrimento psíquico intenso) se esforçando para cuidar sozinha de dois filhos negros (eles próprios com sofrimento psíquico e que passaram a fazer uso de drogas). Não se pretende tomar em análise o caráter profético ou não da revelação. Apesar de fazer parte do senso comum que a juventude negra está exposta ao risco de morrer violentamente, parece haver uma moralidade que atravessa a fala do pastor, localizando Isabela e os filhos como subalternos, marginais, marcados para morrer.

Dessa forma, diante da complexidade dos itinerários de cuidado que vem sendo discutidos, a presente seção demonstrou que a fé e a religião constituem-se como importantes redes de apoio para as pessoas em intenso sofrimento psíquico, muitas vezes preenchendo lacunas deixadas pelos Estado. Os relatos de Rita, Cláudio, Antônio Carlos e Rubia evidenciam como a comunidade religiosa pode funcionar como um porto seguro, oferecendo suporte emocional, social e, em alguns casos, auxiliando na interrupção do uso de substâncias. Para além do suporte comunitário, os depoimentos revelam o poder de invenção singular e coletiva dos sujeitos, que utilizam rituais religiosos como ler a bíblia e cantar louvores para apaziguar o sofrimento.

No entanto, o recorte de raça e a perspectiva da determinação social do adoecimento são cruciais para compreender a complexidade dessas relações. O caso de Isabela, com a “revelação” do pastor, aponta para os perigos de uma visão que, sob a aparente benevolência da fé, reproduz discursos violentos e estigmatizantes sobre o corpo e a vida de sujeitos racializados. Assim, a busca por alívio do sofrimento nesse contexto é uma jornada ambivalente, marcada pela busca por amparo em espaços que, embora ofereçam acolhimento, podem, por vezes, reforçar as mesmas violências estruturais que contribuíram para o sofrimento psíquico.

5.4.5 Invenções: Sabedoria popular e ancestral como experiência de cuidar de si

Para além das redes de cuidado formais e religiosas, a análise dos relatos revelou outra dimensão fundamental nos itinerários terapêuticos dos participantes: o uso de saberes populares e ancestrais como fontes de alívio e bem-estar. Essas práticas, transmitidas de geração em geração ou aprendidas na vivência cotidiana, emergem como um conjunto de invenções singulares e coletivas para o manejo do sofrimento psíquico. Elas representam um contraponto à medicalização e oferecem um caminho alternativo, baseado na autonomia e na experiência do próprio corpo, para o alívio das dores e o fortalecimento da saúde mental.

Para iniciar, duas das entrevistadas que residiam em área rural apontaram o contato com a natureza como capaz de produzir alívio e bem-estar, fazendo associação direta da experiência de se colocar em contato com o meio natural e sentirem-se melhores psicologicamente. Rita, por exemplo, complementa sua renda oferecendo o serviço de capinar, limpar e manter em ordem uma chácara que fica em localidade próxima à sua casa. Para além da renda complementar, os cuidados com a chácara lhe permitem alguns outros benefícios com efeito genuíno na percepção de saúde:

E outra, quando eu tô muito agitada, muito nervosa, que quando eu chego eu tremer, eu só pego a chave, vou lá e abro e fico lá. Eu respiro, converso com as galinhas. Sabe? (Risos) Aí a minha diversão é lá. [...] Me ajuda, porque lá eu converso com Deus, sabe? Converso com as plantas. Tô aguçando, tô conversando... Aí vem aqueles beija-flor, lindo, maravilhoso. Sabe? Aí eu com a mangueira, aguçando as plantas, ele bebe na mangueira. Larga a vasilhinha dele pra beber. Fazer hora com a minha cara, sabe? Ah, eu amo ficar ali. É o único lugar que eu vou. (Rita, 55 anos, mulher negra)

É interessante acompanhar na descrição feita por Rita como a ida à chácara, o contato com as plantas e os animais é capaz de devolvê-la a um estado de tranquilidade emocional. Cármen descreve vivência parecida na qual o contato com a natureza é apaziguador, entretanto, para ela o efeito é alcançado pelo hábito de “ir para a beira da lagoa” e “pescar”:

[...] Eu guardo muito mágoa, porque no dia que eu tava pescando, que eu gosto muito de pescar. O dia que eu penso em tristeza, eu vejo que eu tô indo, caí no abismo, eu vou pra minhas varas, eu vou pra beira da lagoa. (Pesquisador: Uhum... Pescar ajuda?) Ajuda, porque é tipo assim, ali quando eu tô ali no meu foco na pescaria, aquilo ali eu esqueço de tudo. Sabe? Eu só fico pegando meus peixes e esqueço de tudo. (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

Cármen fala sobre o hábito de pescar para não “cair no abismo”, o que é uma expressão muito interessante. A que abismo ela se refere? As experiências de Rita e Cármen sobre o contato com a natureza dizem sobre recursos disponíveis para lidar com sentimentos e emoções negativas, restabelecendo um estado de tranquilidade. Estas experiências ilustram como o acesso a certos recursos está diretamente ligado ao contexto em que as pessoas vivem.

Neste ponto, a interseccionalidade como perspectiva de análise é crucial, pois nos permite ir além de uma visão homogênea da experiência feminina ou do sofrimento psíquico. Ela nos convida a considerar como o local de moradia, especificamente a experiência rural, cruza-se com o gênero e a condição de sofrimento psíquico, moldando as possibilidades de invenção para o cuidado de si. A experiência de estar em uma área rural, com acesso à natureza, configura um privilégio de agenciamento que não é compartilhado pelas mulheres entrevistadas que residem em periferias urbanizadas. Para estas, as estratégias de alívio precisam ser buscadas em outros arranjos,

evidenciando que a geografia do sofrimento é também uma dimensão social importante na compreensão dos itinerários terapêuticos.

Passamos, então, a outro aspecto relevante para a presente discussão. Durante a entrevista, Rita demonstrou uma sabedoria notável sobre o uso de chás e ervas medicinais. Desacreditada da rede formal de saúde por frustrações importantes vividas em sua trajetória, ponto a ser explorado em detalhes em seção posterior, Rita afirma conseguir tratar a maioria das desordens e reestabelecer o bem-estar a partir do uso de conhecimentos ancestrais, herdados de sua mãe e sua avó. Segundo refere, sua mãe era “benzedeira”, ensinando-lhe receitas capazes de ajudar com diversas questões de saúde:

Então, eu já corro e já faço. Uma dor de cabeça forte? Melão de São Caetano com café amargoso. Cura qualquer tipo de enxaqueca. Entendeu? [...] É, não põe açúcar não. Nenhum. Ai cê bebe os dois juntos. Qualquer bom, é bom pra qualquer tipo de dor de cabeça. Enxaqueca, qualquer tipo. Mas não, ele não é só bom pra dor de cabeça. Ele é bom pra aumentar apetite. Ele não deixa a gripe chegar perto d'ocê. Entendeu? [...] Ai, se vim assim, uma falta de ar. Ai já tem o manjerição, tem o alecrim. É difícil de achar, né, mas tem gente aqui que tem. [...] Falta de ar, cansaço, dor nos peitos, aí já é ótimo. Agora se eu cismar, que é uma pneumonia, dor nos peitos, dor nas costas, aí eu já corro pra erva de passarinho com pé de galinha. [...] Pé de galinha. Esse e com aquela rama (vai pegar no terreiro pra mostrar), aí cozinha os dois juntos. Então você toma durante três dias. Não tem gosto nenhum. [...] Se tiver com dor de barriga, é macaé, boldo. Se não, sarar. Ou então tiver com intoxicação, corre pra folha de mamão. (Rita, 55 anos, mulher negra)

A sabedoria herdada das matriarcas permite a Rita cuidar de si mesma e de outros membros do grupo familiar, de modo que a tradição é utilizada no cuidado de quem necessita, ou seja, irmãos, filhos, sobrinhos, netos etc. Perguntada, a própria Rita associa a origem e o uso desses conhecimentos às dificuldades de acesso à rede formal de saúde vivida pelos ancestrais:

Porque antigamente, igualzinho minha mãe falava, porque antigamente não tinha médico, né? Praticamente. Não tinha. Só ia quando tava morrendo... Quando não morria em casa, né? Aprendi com a minha mãe. Mas no caso, agora, depois que minha mãe foi, eu aprendi mais remédios, né? Igualzinho, a menina do sítio, “ô Fulana, não fica enchendo a cara no calmante não, minha filha. Bebe um bocado de chá”. Esses dias mesmo eu tô fazendo café na parte da manhã, chá na parte da tarde. É... Capim cidreira. É, chama erva-cideira, né? É, camomila. (Pesquisador: Esses aí são pra acalmar?) Acalmar. Fica pra, fazer dormir. É, ansiedade demais. Que diz que a fluoxetina é bom pra ansiedade. Pô, se fosse essa aqui não era ansiosa (aponta pra sobrinha), eu também não era ansiosa. É... Essa aqui toma dois, duas fluoxetina de manhã e um biperideno. E é ansiosa, fica estralando dedo, range dente, a noite toda ronca e fica ansiosa. Se falar que vai acontecer alguma coisa amanhã ou na hora de amanhã, “ô, nós vamo lá em Contagem”. Ah, ela nem dorme, nem dorme, de tanta vontade de ir pra rua. (Rita, 55 anos, mulher negra)

Neste ponto, vai ficando explícito o uso dos saberes herdados de maneira substitutiva ou complementar à medicina ocidental tradicional. Para Rita, capim cidreira ajuda tanto ou mais que a fluoxetina no alívio da ansiedade. Aqui, os achados da pesquisa se aproximam do que foi

encontrado por Aciole e Silva (2021), em estudo sobre os itinerários terapêuticos de 09 pessoas com diagnóstico de transtorno mental residentes em comunidades quilombolas (no interior do Estado de Pernambuco). É também um achado interessante que os resultados desta pesquisa sejam comparáveis àqueles encontrados em uma realidade quilombola.

Segundo Aciole e Silva (2021), nas comunidades quilombolas estudadas, as pessoas construíram itinerários terapêuticos complexos e multifacetados que combinam saberes populares e práticas de cuidado da rede formal. Aciole e Silva (2021) também afirmam que esses conhecimentos remontam a tempos em que o acesso à saúde era limitado, o que foi explicitamente verbalizado por Rita. Para as autoras, essas práticas configuram movimento de resistência e respondem a necessidades do cotidiano, ainda que de forma tímida, pois possibilitam o resgate, a reconstrução e atualização de uma memória coletiva ancestral.

É interessante a ressalva feita por Aciole e Silva (2021) de que, embora o uso de chás e ervas se mostrou eficaz para amenizar sintomas mais leves e evitar o uso de medicação controlada, essas estratégias não foram suficientes para lidar com crises e sintomas graves da população estudada, o que levou os indivíduos a buscarem o sistema de saúde formal em momentos de crise. Mesmo assim, o uso da sabedoria ancestral como recurso terapêutico diante da precariedade das políticas públicas e da ausência de equipamentos sociais demonstra que a população continua a desenvolver suas próprias estratégias de cuidado, subvertendo a lógica biomédica ao integrar o cuidado de si com o seu território de pertencimento (Aciole e Silva, 2021).

Keren traz relatos de encontrar apaziguamento a partir da realização de atividades manuais diversas. Autodidata, aprendeu a tocar violão e a tricotar bolsas que se destacavam pela beleza, associando tais atividades a momentos de relaxamento. Destaca-se também sua alusão a um saber adquirido sobre os alimentos e o potencial destes, afirmando ser capaz de orientar outras pessoas quanto ao uso de determinados alimentos para ajudar no emagrecimento, no aumento da imunidade, no ganho de peso:

Eu gosto muito de alimentação. Alimentação saudável. E gosto mesmo, entendeu? Estudo bastante. Bastante mesmo. Eu é... Eu até cheguei a ajudar algumas pessoas já, entendeu? A emagrecer. E já também, tipo assim, eu já engordei e tal, e eu consigo fazer um balanceamento pra alguém, se for o caso, né? Alguém que chega em mim e fala assim: "Nossa, tô, tô com isso e aquilo e tal. Tem como você me ajudar?" Eu nó, meu filho, eu faço uma receita e tátátá (faz som de algo rápido). Entendeu? Esboço logo uma.... Uma, uma forma da pessoa fazer e tudo, e a pessoa consegue resultado. Pra emagrecer, pra voltar à saúde, entendeu? Eu sei quando, eu brigo com as... igual a família do meu, eu tenho meio que um namorado aí, a família dele, tem muita criança né, aí eu brigo quando eu vejo que as crianças estão desnutridas, eu falo assim não, não é por aí não, vocês vão fazer assim, assim e assim. (Keren, 55 anos, mulher parda)

A análise do material empírico desta pesquisa foi responsável por identificar inúmeras invenções, em nível individual e coletivo, elaboradas pelos entrevistados para aliviar suas dores e sofrimentos. Esta dimensão dos itinerários terapêuticos permite uma aproximação com o princípio da integralidade, descrito pela Lei Orgânica do SUS (Brasil, 1990), contudo, uma integralidade que é buscada e produzida pelos próprios usuários do sistema, tal como apontado por Merhy et al (2014) com o conceito de redes vivas. Convém, ainda, discutir mais uma experiência relatada por Rita, cuja riqueza das práticas de autocuidado marca definitivamente o itinerário terapêutico.

Como dito, Rita trabalha capinando uma chácara da região. Um dos “donos” do imóvel rural, conforme dito pela entrevistada, é “médico acupunturista”, de modo que essa relação permite a Rita um acesso facilitado a intervenções da medicina tradicional chinesa:

Um dia que eu tava nem aguentando andar. Eu tava andando devagarzinho, por causa da coluna. Tava doendo demais. Ai eu falei, “ô meu Deus, tomara que esse homem venha”. Ai chegou na sexta ele não veio, no sábado ele não veio, no domingo ele apareceu. Ai, ele “que que cê já arrumou, Rita?”. Ai eu, “Ô César (nome fictício), eu não tô aguentando andar, é por causa da minha coluna, tá doendo demais”. Ele, “vem cá, senta aqui”. Ai eu sento ele já aplica aquele tanto de agulha nas costas, aplico assim na minha perna, em cima dos joelhos, em cima de onde tá doendo. (Pesquisador: A senhora percebe o efeito?) Nossa, ele manda eu respirar fundo... Ai, quando ele tira... Parece que tirou tudo. [...] Agora, na orelha, quando ele põe, aí tem vezes que sai sangue. Ele fala: nossa Rita, cê tá muito tensa”. Ai sai um pouquinho de sangue. Ou então na perna, que quando sai sangue, um pouquinho, ele fala “tá vendo Rita? Tá saindo a maldade. As dor sua tá saindo tudo”. Ai eu alegre, que depois eu tô ótima. (Rita, 55 anos, mulher negra)

Em síntese, a análise dos relatos demonstra que as "invenções" para o cuidado de si, ancoradas na sabedoria popular e ancestral, constituem um eixo fundamental e resiliente nos itinerários terapêuticos investigados. Longe de serem meros paliativos, práticas como o contato restaurador com a natureza (Rita e Cármen), o uso ritualizado de chás e ervas medicinais (Rita) e o engajamento em atividades manuais e no conhecimento sobre alimentação (Keren) representam sistemas de conhecimento sofisticados e ativos. Eles funcionam como um contraponto vital à lógica biomédica hegemônica, enfatizando a autonomia, a corresponsabilidade pelo cuidado e uma relação integrada entre o corpo, a mente e o território. Como evidenciado, o acesso a esses recursos é profundamente marcado pela geografia social, onde a interseccionalidade revela que o privilégio de um agenciamento direto com a natureza, por exemplo, é um divisor de águas na experiência do sofrimento e nas possibilidades de seu alívio, distinguindo as realidades rural e urbana periférica.

A riqueza e a eficácia dessas invenções ficam particularmente evidentes na figura de Rita, cujo itinerário encapsula a complexidade desse caldeirão cultural. Ela mobiliza, de forma complementar e não hierarquizada, saberes matriarcais afrodescendentes (ervas e benzeções), a fé

evangélica (conversar com Deus na chácara) e a medicina tradicional chinesa (acupuntura). Esta amalgama não é caótica, mas sim a expressão concreta de um sistema de cuidado popular que opera por pragmatismo e eficácia simbólica, subvertendo a segmentação dos saberes institucionalizados. O fato de seus resultados serem comparáveis aos achados em comunidades quilombolas (Acirole e Silva, 2021) reforça que estas não são estratégias meramente individuais, mas sim práticas coletivas de resistência que atualizam uma memória ancestral frente às lacunas do Estado.

É importante destacar que os saberes mobilizados pelos entrevistados vão sendo acionados e articulados de maneira intuitiva, quase que impensada, de modo que as reflexões aqui propostas já são um esforço do pesquisador e estão para além do que é explicitamente dito por Rita e outras mulheres do estudo. Fica a impressão, contudo, que este "caldeirão cultural" não é um mero sincretismo, mas a manifestação de um modo de existência e cuidado profundamente brasileiro. Para compreendê-lo em sua profundidade, o conceito de amefricanidade, cunhado pela intelectual e ativista Lélia Gonzalez (2020), oferece uma chave de leitura potente. Amefrica Ladina nomeia a realidade de uma América Latina cuja base civilizatória é a fusão violenta, mas também criativa e resistente, das matrizes indígena, africana e europeia.

O itinerário de Rita é amefricano: nele, o saber afro-indígena sobre as ervas, a medicina oriental e a religiosidade ocidental coexistem e se fertilizam mutuamente, criando um todo coerente para o cuidado da vida. Desta forma, estas invenções terapêuticas transcendem a esfera individual; elas são atos micropolíticos de afirmação de um saber próprio, um *fazer saúde* que emerge das entranhas desse território amefricano, demonstrando que os corpos em sofrimento são, antes de tudo, corpos que inventam, resistem e sabem curar.

5.5 Acessibilidade aos serviços de saúde mental do território

Em documento oficial recentemente publicado, a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem estabelece as diretrizes para o cuidado em saúde mental na APS do município (Contagem, 2025). Marco importante na formalização das ações de Saúde Mental em curso na APS de Contagem, o documento afirma que:

A Política Municipal de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do município de Contagem é pautada no cuidado em liberdade da pessoa em sofrimento mental e/ou em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas, através de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a qualquer instituição de privação de liberdade, conforme previsto na Lei 10.216/2001, com equipes multiprofissionais nos diversos níveis de atenção que ofertam tratamento de forma humanizada,

seguindo a lógica de organização territorial, garantidora de direitos e em defesa de um cuidado pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, da Política de Redução de Danos e dos Princípios para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil. (Contagem, 2025, p. 4)

Ainda, conforme documento aqui destacado, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Contagem é constituída por um conjunto articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas de todas as idades, em sofrimento mental e/ou sofrimento mental decorrentes uso de álcool e outras drogas, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade desse cuidado.

Neste contexto, a publicação das diretrizes para o cuidado em saúde mental na APS de Contagem representam a concretização, em documento orientador, do compromisso da gestão com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), que estabelece, enquanto política nacional, um modelo de atenção em saúde mental aberto e de base comunitária, composto por diferentes pontos de atenção, articulados e inseridos dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Verifica-se estar em curso uma gestão municipal potente e progressista, conforme ilustrado pelas diretrizes aqui tomadas como exemplo (Contagem, 2025). Ainda assim, é preciso perscrutar a vivência experienciada pelos entrevistados que participaram desta pesquisa com o objetivo de analisar a acessibilidade aos serviços de saúde mental do território de Vargem das Flores, cujas peculiaridades originaram as inquietações que deram corpo ao presente estudo.

De princípio, é preciso destacar que os usuários dos serviços de saúde mental, em sua maioria, não possuem entendimento sobre as leis, fluxos e diretrizes da política de saúde mental do território onde são referenciados. Conforme foi sendo demonstrado até aqui, sua experiência com a rede é muito prática e intuitiva, de modo que o usuário vai construindo seu itinerário de cuidados não pelo que está preconizado na legislação, mas pela demanda que apresenta e pelo que está disponível na concretude de sua experiência.

Neste sentido, os relatos que aqui serão trabalhados não parecem apresentar críticas que incidem sobre a política ou sobre as diretrizes dos serviços disponíveis no território. As fragilidades na rede relatadas pelos participantes da pesquisa são identificadas pela falta e não pela presença ou grau de formalização. Desse modo, percebe-se que os relatos dos entrevistados parecem delinear,

no cotidiano de sua experiência, dificuldades importantes de acesso aos serviços e recursos em saúde que compreendem ser necessários para o seu tratamento.

Cármen é um exemplo vivo do que se está tentando circunscrever. Acompanhada por um pneumologista, ela precisa fazer uso de dois medicamentos para ajudá-la a respirar que não estão disponíveis tanto na rede municipal quanto na rede estadual, o que compromete gravemente sua renda mensal, que é de um salário mínimo:

Eu tô numa briga aí com a farmácia de Minas. Tem remédio aí meu é... Que eu uso, mas nem sei se eu tenho o nome pra te mostrar. Que é igual... Igual o doutor Roney (nome fictício) fala. “Cármen, eu não tenho pra te dar”. E Farmácia de Minas eu tô brigando com ela pra ela me dar as minhas medicações. Uma bomba que eu uso é R\$ 400 conto. [...] A outra bomba, eu uso duas bombas. [...] Ela custa R\$ 380. [...] A outra... Aí quando... O médico não tem amostra grátis pra me dar, e eu não posso ficar, porque ontem mesmo eu entrei em crise. (Pesquisador: A farmácia de Minas não libera isso, não?) Uai, fi! Tô brigando. O médico lá, o doutor Roney, já me deu vários relatórios. Mas cada dia que você chega lá com um relator... Mas é um livro, né? Não é relatorio. É um livro desse tamanho que você leva pra farmácia de remédio. Aí eles exigem coisas e mais coisas... Pra você ter noção, todas as vezes que eu vou pro pneumologista, ele me pede. A tomografia. Já tem o quê? Dois anos que a tomografia tá lá com urgência lá na Secretaria pra eles marcar pra mim, olhar ver se os nódulo, eu tô com oito nódulos no pulmão, pra ver se os nódulos tão crescendo, pra fazer... Se tiver crescendo, tem que fazer cirurgia. (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”)

O relato de que Cármen está a dois anos aguardando um exame de imagem importante é angustiante e faz pensar sobre as vulnerabilidades que se sobrepõem àqueles que já são mais vulneráveis. Comprar a medicação de que necessita compromete 50% da renda mensalmente percebida, a mesma que é utilizada para seu sustento e de seu neto. A falta de acesso à medicação dado seu elevado custo poderiam ser objeto de uma petição judicial, o que provavelmente não ocorre por falta de instrução. Se pudesse pagar pela tomografia sem prejudicar seu sustento, Cármen já poderia ter acessado o exame. Atravessamentos de classe social e iniquidades em saúde parecem se imiscuir em uma lógica dura e que aumenta os riscos à saúde da população estudada.

Outro exemplo importante pode ser dado por Isabela, que passou muito tempo aguardando até conseguir acessar consultas com a psiquiatria e/ou psicologia em seu posto de saúde. Mais uma vez ocorre o relato de falta de medicamentos disponíveis na rede. Percebe-se que a falta de conhecimentos sobre a rede e seu funcionamento parecem deixar os sujeitos ainda mais vulneráveis à burocracia dos serviços. Sem compreender bem os motivos e o que produzia o atraso na chegada da intervenção necessária, Isabela aguardava e insistentemente buscava a Equipe de Saúde da Família responsável pelo seu cuidado:

O que atrapalharam é a dificuldade. Né... De conseguir realmente um especialista, algum médico. [...] É muito difícil, é uma lista muito grande de espera e... Para conseguir o tratamento. A maioria

dos remédios, medicamentos, muitas vezes não tem na farmacinha e acaba a gente não conseguindo, né, às vezes nem comprar e ficar sem o medicamento. É a dificuldade mesmo em chegar, né. A gente chega no posto, o médico joga gente na lista de espera e a gente tem que ficar vindo, perguntando. “Quantas pessoas?”. Já chegou a ter quase 6 mil pessoas na minha frente para um tratamento com psicóloga. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Impressionado, o pesquisador questiona o número dado por Isabela de seis mil pessoas na “fila de espera” para a psicologia, o que ela repete e reafirma. Acrescenta que durante três anos ficou tentando um agendamento com um psiquiatra na atenção básica, o que só aconteceu recentemente, quando ela procurou o posto de saúde e disse que estava prestes a “fazer uma besteira”. Enquanto o agendamento com o especialista não saía, os médicos da ESF se recusavam a fazer ajustes na medicação psicotrópica em uso, apenas renovando os medicamentos que ela já utilizava e que não estavam sendo suficientes para aliviar o sofrimento.

Dá a entender que eles vão passando pessoas na frente da gente, porque tem, quando a gente vem, dá uma quantidade. Aí a gente chega, por exemplo, uma semana depois, tem mais pessoas na frente da gente do que aquela quantidade que tinha. Eles vão encaixando pessoas na frente, né, ali, assim nem tô mentindo. Se olhar o meu prontuário, vai ver que eu fiquei três anos com médico aqui. Dois médicos vieram e eu fiquei três anos sem tratamento. Sem passar no médico. Quem renovava minhas receitas era o clínico do posto. E não podia fazer reajuste nenhum em medicamento. [...] E... Atualmente tinha três anos que eu estava com os mesmos medicamentos. Mesma dosagem, mesmos medicamentos. O médico, na época era o Dr. Raul (nome fictício), que conversou com alguns médicos aí e pediu uma solução que conseguiu, é, não trocar, mas aumentar a dosagem, porque acontece que eles tiveram uma reunião aí e pediu para aumentar a dosagem. Só que aí o doutor (psiquiatra que a atendeu recentemente) falou que era uma dosagem muito alta e eu nem precisava estar tomando aqueles medicamentos mais. Que hoje teria outros, que ia tentar tirar durante esses dois meses para ver como que eu ia me adaptar. Porque não são medicamentos hoje usados constantemente. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Cláudio também traz exemplos da fragilidade percebida no cuidado em saúde mental, o que o fazia procurar o CAPS em eventualidades só para “buscar remédio”. Para contextualizar, quando se mudou de Belo Horizonte para Contagem, Cláudio foi morar em zona rural de Vargem das Flores. Dessa forma, considerando que até o ano de 2022 os atendimentos com as Equipes Multiprofissionais eram realizados em unidade centralizada na área urbana de Vargem das Flores, estava colocada distância geográfica considerável para acessar consultas com a psicologia e/ou psiquiatria para os usuários que residiam em área rural. Neste sentido, o trabalho de Cláudio (em Nova Lima) e as consultas com a psicologia e psiquiatria na atenção básica ficavam, como ele descreve, em direções contrárias:

Ah, eu só ia de vez em quando (no CAPS), quando eu não tava me sentindo, não tava aguentando mais, aí eu ia, entendeu? Passava por lá só para me dar remédio mesmo, porque não tinha atendimento com psiquiatra direto, entendeu, não tinha um acompanhamento direto. Então, aí eu passava por lá pra... Pegar remédio. Tinha que ir lá. E aí o tratamento, os tratamentos, eles não

eram regulares. Era mais quando eu estava na crise mais forte. Então não tinha remédio direito. Tem época que faltava remédio. Aí ficava mais difícil também. Eu passei por... Aí passei então, pra esses... Os equipamento foram poucos em Contagem. Então tem quase que pouco pra falar. Mas eu não posso reclamar não porque todas as vezes que eu fui eles me ajudaram, entendeu? Então não... Num... Ficava contramão pra mim, mas isso não é culpa do trabalho, da oferta de trabalho em si, ficava contramão porque eu trabalhava lá em Nova Lima e tinha que ser atendido lá em Nova Contagem, entendeu? Então poucas vezes eu ia lá com a psicóloga, entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena)

Conforme expresso também no relato de Cláudio, os sujeitos vão encontrando soluções para lidar com as fragilidades percebidas na rede. Se faltam remédios na farmácia do SUS, ou compram o medicamento necessário (Cármem) ou interrompem o uso (Isabela). Se não conseguem acessar as consultas na atenção básica, buscam o serviço de urgência “para buscar remédio” (Cláudio). A fragilidade no cuidado ofertado vai, aos poucos, provocando uma resistência às propostas, quando não um abandono das ações em curso. É o caso exemplificado por Rita, que refere grande dificuldade para remarcar consultas na ocasião de vir a esquecer do agendamento:

O que atrapalha muito é quando marca pra mim uma que eu esqueço, outra que talvez eu tenha um médico. Ou um dos meninos também tem médico. Aí me atrapalha. Ou então eu esqueço. Quando eu alembro, já passou do dia, passou da hora. Aí eu tento remarcar uma consulta clínica, por exemplo. Eu não consigo. Fala que eu tenho que ir de madrugada. Eu chego de madrugada e passa aquele monte na minha frente. Talvez eu sou a segunda, eu sou a última. Eu não aguento isso, não. Eu nem vou nesse posto mais. Muito difícil. Muito difícil. Eu prefiro a emergência, quando eu tô ruim mesmo, porque eu odeio hospital. Falar a verdade com você, eu odeio médico. (começa a rir). (Rita, 55 anos, mulher negra)

Rita diz que odeia médico e que não vai mais em seu posto de saúde, preferindo recorrer à emergência em ocasião de necessidade (UPA) do que utilizar o serviço de base comunitária (UBS). Em sua história de vida, conforme dito anteriormente, Rita foi uma grande cuidadora. Cuidou de muitas pessoas doentes e as acompanhou até o momento do falecimento. Assim foi com uma irmã, um cunhado e também com o segundo marido. Enquanto suporte, Rita viveu com essas pessoas todas as dificuldades no acesso às intervenções necessárias, como expresso no trecho a seguir:

Tá vendo? Tinha uma veia altona aqui no meu joelho, ela arrebentou, espalhou, que tava aqui tudo, ó. E cadê o médico? Cadê o SUS? Depois que aconteceu a mesma coisa que aconteceu com o meu segundo esposo. Aí, sai. Sai com o SUS, sai tudo. 2013... Ele esperando um médico da próstata, sabe? 2013. Quando foi 2015, surgiu uma vaga pra ele aqui no Hospital Municipal, em tal de Mutirão. Cê vê, levei ele, ele tinha 72 anos, levei ele. Em Outubro, agora que passou do ano passado, ele ia fazer 73 anos. Levei ele nesse tal de Mutirão. Chego lá pra fazer o elétrico, tem que operar o coração primeiro pra depois operar a próstata. Já viu isso? Cadê? Deus levou ele, né? Como que eu ia? (Rita, 55 anos, mulher negra)

A trajetória de dificuldades de acesso às intervenções que poderiam ter salvado o marido de Rita é interpretada por ela como negligência ou desamparo da rede pública de saúde, uma

espécie de promessa não cumprida. Desde então, no discurso de Rita, ela deliberadamente fala que evita usar os serviços públicos de saúde, recorrendo à sabedoria ancestral dos chás e ervas medicinais para cuidar da maioria das questões de saúde e utilizando a emergência quando “não tem mais jeito”.

Desse modo, observa-se que prevalece, na experiência dos usuários de Vargem das Flores, relatos de dificuldades de acessar os serviços, recursos e intervenções da rede formal de saúde. Os relatos de Cármen, Isabela, Cláudio e Rita não descrevem meras falhas pontuais, mas expõem um padrão de barreiras que transcende a esfera individual, revelando desigualdades estruturais no acesso à saúde. As dificuldades crônicas com medicamentos, exames, especialistas e a própria lógica exaustiva dos serviços não são aleatórias; são a materialização de iniquidades socialmente produzidas (Barata, 2009; Barreto, 2017).

Aqui, a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença-cuidado-morte (Borde et al., 2015) oferece a chave interpretativa: as vulnerabilidades vividas por esses sujeitos não são acidentais, mas resultantes de uma organização social que sistematicamente produz e naturaliza desigualdades. A renda insuficiente de Cármen, a barreira geográfica de Cláudio e a seletividade burocrática do sistema que exclui Rita são mecanismos concretos dessa determinação.

Neste contexto, a teoria interseccional amplia a análise, demonstrando como marcadores como classe, raça, gênero, idade, orientação sexual e território de residência se entrelaçam, potencializando a vulnerabilidade. A experiência de Isabela (mulher negra) e de Rita (mulher negra, cuidadora, residente em área periférica) não pode ser dissociada desses marcadores, que sobrecarregam seus itinerários de cuidado com camadas adicionais de obstáculos. Dessa forma, a teoria não se sobrepõe aos dados, mas os ilumina: ela nos permite ver que os "desvios" e "faltas" narrados não são falhas de gestão isoladas, mas expressões de um contexto social mais amplo que organiza, de forma injusta e evitável, quem terá seu direito à saúde efetivado e quem seguirá lutando contra a falta, a espera e o adoecimento evitável.

Avançando na discussão aqui proposta, é necessário tocar em ponto importante que aparece no relato de diferentes entrevistados. Se a principal ferramenta de trabalho dos profissionais da atenção básica é o vínculo terapêutico com os usuários de seu território, dada a longitudinalidade que caracteriza este nível de atenção, é significativo os relatos dos participantes sobre a inviabilização do atendimento psicológico por constantes discontinuidades dos cuidados ofertados:

É, aí é, eu comecei com uma psicóloga que, nossa, gente boa demais. Eu até esqueci o nome dela, mas muito gente boa. Nossa, ela, ela me interessou muito pelo meu caso e tal. E a gente conversava,

eu conseguia desabafar muito com ela. E ela conseguia me dar assim...Algumas dicas, assim, bacana, igual eu te falei com você, que coisas boas a gente guarda, né? Ai, ó, aquilo ali acontece, aí aquela estratégia, você tenta colocar ela em prática, pra ver se a mente consegue acompanhar aquilo ali. Ai, é, aí na transição de, de, de prefeito, né, de prefeitura, aí acabou que, tipo assim, quando muda uma gestão pra outra, aí muda tudo, né? Ai acabou que, acho que, acabou mudando, tirando ela, aí entrou outro também, tirou outro também. Ai, é, a gente fica pelo caminho, né? A gente, que eu falo assim, os pacientes, né? Ficam pelo caminho, né? Que a gente... Chega outra pessoa, começa o trabalho todo do zero de novo. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

A expressão utilizada por Fagner é séria e precisa ser considerada: “a gente fica pelo caminho”. Ao seu modo, Fagner tenta dizer que algo associado à forma como ocorre a contratação e manutenção dos profissionais atende aos interesses da gestão, mas não dos usuários do serviço (“quando muda uma gestão pra outra, aí muda tudo”). O discurso assume um tom de lamento acerca de uma possibilidade terapêutica que não pôde ir adiante pela troca repentina da profissional. Na ocasião da entrevista, Fagner foi convidado a explicar melhor o uso da expressão “a gente fica pelo caminho”:

[...] Ai, o que eu te falo, fica pelo caminho, é porque na hora que você começa a dar certo, você pensa assim, agora vai, né? Ai, é, por questões, por questões, é, burocráticas, né? E acaba que aquela pessoa que tá ali também é uma pessoa contratada, né? Aquele negócio todo. Ai, a, aquele trabalho que a gente tava fazendo com aquela pessoa ali, é, fica ali. Né? Fica, como eu te disse, fica pelo caminho, que a, a, a gente não sabe nem se vai ter mais, eu mesmo não tinha mais contato com a, com essa psicóloga, mais. E o que a gente até então, que a gente caminhou junto, ficou naquele dia ali e dali não tivemos mais contato. (Pesquisador: É um rompimento né?) Isso, isso que eu falo, esse que eu falo com você, “fica pelo caminho”, é esse rompimento né, é esse rompimento que é, é, cria, tipo assim, porque cria, você acaba criando um, um vínculo com aquela pessoa ali de... Confiança, um vínculo com aquela pessoa ali de, é, amizade. É, e acaba que na hora que a prefeitura, “ah, mudou a gestão, mudou não sei o quê, tal, tal, aí pega todo mundo e muda todo mundo”, vão mudar todo mundo. Ai, aquela pessoa que você estava com ela ali, que você estava caminhando com você, igual eu te disse, você não sabe, você não vai ver ela mais, acabou. Aquele dia que vocês conversaram ali, ficou ali, né? Mal a gente sabia que aquele ali foi o último dia, né? (Fagner, 49 anos, homem pardo)

Faz-se necessário destacar a espontaneidade desse tipo de relato. Durante a realização das entrevistas narrativas, o participante era convidado a pensar sobre “coisas que acredita que ajudaram e / ou atrapalharam o processo de procurar cuidado e tratamento em saúde mental”, de maneira genérica (ver roteiro de entrevistas, Apêndice C). Neste contexto, trocas constantes de profissionais de psicologia foram apontadas como um obstáculo ou impedimento do acesso aos cuidados possibilitados pela profissão por cinco dos dez entrevistados (Fagner, Helenice, Isabela, Keren, Cláudio).

Para Isabela e Keren, as trocas constantes de profissionais produziam uma espécie de barreira de acesso, uma vez que a experiência que descrevem é que a cada vez que “estava

chegando” sua “vez” nas filas de “espera”, o profissional trocava e o acompanhamento não acontecia ou quando chegava a acontecer os atendimentos eram esporádicos e/ou drasticamente interrompidos. Helenice, que verbaliza dificuldades de rememorar o passado porque lembrar de tudo o que passou revive a dor e o sofrimento, em dado momento, passa a recusar a indicação de acompanhamento psicológico dizendo não gostar de psicólogo:

Mas, pra mim, eu não vou mentir não, eu aceitei tudo pra te ajudar, pra ajudar a pesquisa. Mas pra mim, eu não gosto muito de psicólogo, porque quanto mais eu lembro, mais me machuca, entendeu? [...] Então, eu vou lembrar lá do passado, eu vou lembrar lá de onde, quando tudo começou. Aí, me bate uma tristeza, me bate uma revolta, me bate uma angústia entendeu? Então, eu prefiro nem ficar comentando. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

Durante um ano e meio, Helenice conseguiu um bom vínculo com a psicóloga que a atendia no CAPS. Na ocasião da alta para a atenção básica, contudo, começou a viver interrupções no cuidado psicológico ofertado. Em dada ocasião, a psicóloga que a atendia no posto de saúde iria sair de férias e a equipe faz a sugestão que ela seja atendida por outra profissional, o que ela recusa:

Eu não gosto de... Igual ela saiu de férias aí ia entrar outra. [...] É, aí eu tinha que falar tudo de novo. Aí eu tinha que ficar lembrando tudo de novo. Aí quando você está com uma pessoa que você já falou, a pessoa já sabe, você não precisa ficar falando tudo de novo. A pessoa só vai te perguntar como é que você está, você vai falar e tudo. Não vai perguntar o que aconteceu para você estar desse jeito. Aí é isso que eu não gosto, é isso que me machuca, é isso que a gente lembra, dói machuca, remoi. Mas quando é... Quando é uma coisa que você já falou e a pessoa não vai ficar te perguntando, entendeu, aí eu não importo. Mas, quando ela foi sair de férias eles falaram que ia entrar outra, mas só que eu falei que eu não ia, não ia porque eu não queria. Porque eu não ia ficar com ela, de que que iria adiantar eu contar a minha vida toda para ela, sendo que eu não iria ficar com ela, era só uma pessoa que estava ali provisória. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

Os relatos aqui descritos vão delineando uma experiência de cuidado em saúde mental na atenção básica marcada por dificuldades ou obstáculos no acesso às consultas psicológicas e constantes rompimentos ocasionados pela saída dos profissionais. Na prática, isso significa uma atenção à saúde mental profundamente centrada na figura do médico psiquiatra, clínico do posto ou no próprio medicamento. Afinal, o usuário acaba estabelecendo um vínculo com a experiência mais perene de cuidado disponível. Nas palavras de Cláudio, o atendimento psicológico era só “pontual”:

Eu tive atendimento umas duas ou três vezes com psicóloga aí também, né? Mas o atendimento não foi um atendimento, é, continuo né? Foi só... É... pontual. [...] Eu não entendi direito, porque eu consultei, acho que eu passei por dois psicólogos daqui, dois ou três. Aí eles conversavam e tal, “aí a gente manda um aviso pra você na data da próxima consulta”. Entendeu? Aí, ficava esperando, às vezes mandava, às vezes não, às vezes demorava. Eu me lembro de ter recebido umas duas ou três chamadas para a próxima consulta de psicologia. Aí a doutora Sam (psiquiatra, nome fictício) até achou que eu tinha que continuar, que era importante eu continuar, mas eu perdi um pouco o vínculo com o psicólogo aqui do posto. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena).

Considerando o que foi dito, convém recordar que o material empírico analisado permite considerar que os usuários dos serviços, diante das dificuldades enfrentadas, não assumem uma posição passiva e, pelo contrário, fazem uso dos recursos que dispõem e de sua capacidade de agenciamento para construir, para si mesmos, estratégias de cuidado em saúde que acreditam necessitar. Vale recordar o comportamento de Antônio Carlos de fazer uso, simultaneamente, dos serviços públicos de saúde da rede de Contagem e Belo Horizonte, mantendo seu acompanhamento psicológico e psiquiátrico em um Centro de Saúde no Morro das Pedras em Belo Horizonte.

O exemplo de Antônio Carlos é um entre outros possíveis, e remete a essa dimensão da capacidade do sujeito de reagir ao que lhe é colocado, ainda que suporte situações realmente difíceis. No momento em que foi entrevistada, a mãe de Helenice estava ficando em sua casa para acessar consultas oftalmológicas que foram agendadas para ela em Contagem, sendo que é moradora do município de Esmeraldas. Keren, por sua vez, possui imóvel próprio em Esmeraldas, entretanto, escolhe residir “de favor” com conhecidos em Contagem por conseguir um acesso melhor a algumas políticas públicas, como a saúde e a assistência social.

Em síntese, a análise dos relatos evidencia um desafio importante: a complexidade de traduzir os avanços conceituais e normativos da política de saúde mental – tecnicamente bem fundamentados e alinhados com os princípios do SUS – na experiência cotidiana de acesso vivida pelos usuários do território de Vargem das Flores. Para Cármen, Isabela, Cláudio, Rita e outros, a efetividade da política é aferida não em portarias, mas na concretude do medicamento disponível, na agilidade do agendamento do exame, na continuidade do vínculo com o profissional de referência e na superação de barreiras geográficas e burocráticas. São nessas materialidades do cuidado que a rede é, de fato, experienciada pelos sujeitos. A perspectiva da determinação social do adoecimento ilumina este cenário, demonstrando como os obstáculos reportados – como a renda insuficiente, a baixa escolaridade e a distância territorial – não são meramente individuais, mas refletem desafios sociais mais amplos que impactam a operacionalização da política e demandam respostas intersetoriais.

A teoria interseccional, por sua vez, amplia a compreensão ao revelar como marcadores sociais como raça, classe, gênero e território urbano ou rural podem se entrecruzar, potencializando vulnerabilidades e demandando que a rede desenvolva sensibilidade e estratégias específicas para garantir equidade. Há que se considerar ainda que todos os entrevistados tiveram um adoecimento psíquico, o que participa das vulnerabilidades cotidianas.

Mesmo assim, as trajetórias dos participantes da pesquisa ilustram a resiliência e a capacidade de agenciamento dos usuários, que, diante das dificuldades, criam estratégias próprias – como a navegação entre serviços de diferentes municípios – para acessar o cuidado. Estas estratégias, embora demonstrativas de força, sinalizam pontos onde o sistema pode e deve se fazer mais presente e acessível, evitando que o usuário precise assumir sozinho o ônus de superar as barreiras.

Portanto, os achados parecem apontar que a acessibilidade no território estudado é profundamente mediada por essas desigualdades estruturais, demonstrando a importância contínua de se investir na qualificação do acesso, um processo complexo que vai além da oferta de serviços e envolve torná-los efetivamente alcançáveis, com continuidade e resolutividade. O compromisso municipal com a Reforma Psiquiátrica, evidente nas diretrizes documentais, é testado pela capacidade da rede em se adaptar e responder criativamente a esses desafios concretos, sempre em diálogo com a realidade social do território. Dessa forma, considera-se que a escuta qualificada dos usuários dos serviços de saúde mental de Vargem das Flores é uma ferramenta indispensável para orientar políticas cada vez mais aderentes às necessidades reais da população, fortalecendo o SUS enquanto projeto de saúde integral e equânime para todos, de modo que a presente pesquisa se coloca a serviço desse aprimoramento contínuo.

5.6 Estigma e vulnerabilização desde uma perspectiva interseccional

A perspectiva da interseccionalidade ensina que as desigualdades e iniquidades nunca são resultado de fatores únicos distintos que podem ser tomados isoladamente. Pelo contrário, são resultados das intersecções de diferentes lugares sociais, relações de poder e experiências. Tal perspectiva promove uma compreensão do ser humano moldado pela interação de diferentes lugares sociais (por ex: raça/etnia, indigeneidade, gênero, classe, sexualidade, origem geográfica, idade, funcionalidade / disfuncionalidade, status migratório, religião) dentro de um contexto de sistemas e estruturas de poder conectadas (por ex: legislação, polícia, governos e outras organizações políticas e econômicas, instituições religiosas, mídia) que produzem formas interdependentes de privilégio e opressão, criadas pelo colonialismo, imperialismo, racismo, homofobia, capacitismo e patriarcado (Hankivsky, 2014).

Até aqui, foi possível perceber como a complexa interação entre os lugares sociais e as formas de privilégio e opressão aos quais os participantes da pesquisa estavam inseridos produziu efeitos na experiência de adoecimento psíquico, no uso das redes formais e informais de cuidado, nas invenções singulares e coletivas para fazer frente à dor e sofrimento, bem como na acessibilidade aos serviços de saúde mental de Vargem das Flores, o que foi explorado em detalhes nas seções precedentes.

Neste momento, interessa direcionar o esforço analítico a um aprofundamento nas interações entre os diferentes processos de vulnerabilização aos quais os participantes da pesquisa demonstraram estar inseridos e compreender de que maneira o estigma historicamente associado ao adoecimento psíquico está enredado entre as diferentes lógicas de poder e opressão que moldaram as trajetórias dos entrevistados.

É preciso evidenciar, contudo, que a análise do material empírico desta pesquisa demonstrou que os processos que vulnerabilizam e expõem ao risco de adoecimento os sujeitos que participaram do estudo são complexos, multifacetados e simultaneamente entrecruzados, o que requer uma análise detida aos inúmeros pontos nos quais as opressões se cruzam para produzir efeitos sob o psiquismo e o itinerário terapêutico dos entrevistados.

5.6.1 Raça, classe e gênero: sofrimento psíquico e itinerário de cuidados

Conforme descrito anteriormente, a grande maioria das pessoas que participaram desta pesquisa eram negras (pretas e pardas = 8 de 10 entrevistadas). Entretanto, na ocasião de serem diretamente perguntadas se suas características pessoais (raça/cor, gênero, classe, escolaridade, sexualidade) tiveram algum papel ou influência em seu percurso de tratamento em saúde mental, a tendência geral foi negar que em algum momento tivessem experienciado o racismo em meio a rede formal de cuidados em saúde. É importante localizar com precisão: a negativa, em geral, era mantida para o quesito raça, porém não para classe ou gênero, como será discutido adiante.

Uma cena significativa que ilustra a situação aqui descrita foi experienciada por Rúbia, que sofreu agressões físicas pela equipe enquanto estava em uma crise psiquiátrica e internada dentro de um hospital especializado.

Então, é, esse período que eu tive no hospital psiquiátrico, eu vou te falar, foi bom e foi ruim. Por quê? Porque... O Hospital psiquiátrico ele... É um hospital bom? É. Mas eu tive algumas coisas que aconteceram lá comigo, lá dentro, que não foram boas para mim. Posso falar? (Pesquisador:

Pode. Se você tiver confortável...) Não, num... Não me machuca mais não. Igual por exemplo, eu fiquei muito mal, né, mentalmente falando. Então, assim, eu tinha muito... eu via as coisas, né? Como que eu posso falar? É... A minha mente fazia eu ver as coisas, mas não era a realidade. E... Quando eu não queria tomar remédio lá dentro, eles me batiam. [...] Alguns... Lá dentro. Igual teve uma enfermeira, ela me agrediu, ela beliscava o meu pé. Ela beliscava o meu pé, pra mim, não deixar marca, em lugares visíveis. Teve uma outra enfermeira, chefe da enfermagem, ela torceu meu braço. Aí teve uma outra enfermeira que estava tentando fazer eu tomar o remédio à força, quase quebrou meus dentes. Então, tipo assim, e as alucinações que eu tinha... Era terríveis, só via coisa ruim. (Rúbia, 51 anos, mulher negra)

Inicialmente, Rubia não faz uma leitura das agressões vividas como efeitos do racismo diretamente sobre seu corpo. Em seu discurso, atribui a violência a uma incompetência pontual, ainda que tenha sido perpetrada por três enfermeiras diferentes. É somente durante a pergunta do pesquisador que Rubia se recorda do fato de que, enquanto lhe agrediram fisicamente, eram feitas ofensas racistas verbais:

Não. Não, eles não me olharam, eles não me colocaram na, na, na, é como, o que é que fala? É, assim, para a doutora Sam (psiquiatra, nome fictício) cuidar de mim, porque eu era uma negra, poderia ser uma branca, qualquer, ela tem várias, várias pessoas que fazem tratamento com ela, não era porque eu era gordinha. Não, não teve influência com relação a isso, não. Influência nenhuma, não. O problema é que eu estava muito ruim mesmo. Psicologicamente falando, eu estava muito, muito, muito ruim. Então, assim, é... Eu posso falar que eu melhorei 99%. [...] Eu acho que n..., eu não posso te dizer, porque eu penso que as agressões aconteceram porque as profissionais é que eram ignorantes. Não foi por causa de tom de pele, não foi por causa de nada disso. Apesar de que... A última que tentou me dar o remédio e quase quebrou meu dente, ela me chamou de negra, ela foi racista. Essa foi. As outras duas não. Mas, tentaram me fazer tomar o remédio à força, porque na verdade eu não queria tomar o remédio. Entendeu? Aí essa última já foi racista, comigo. Só que como eu estava no mundo da lua, também não estava nem para nada. (Rúbia, 51 anos, mulher negra)

Isabela, cuja história também parece ter sido atravessada pelo racismo em diferentes momentos, consegue perceber uma diferença clara no lugar social e liberdades individuais entre homens e mulheres, mas nega que o racismo tenha tido qualquer papel em seu itinerário de cuidados. No trecho abaixo, Isabela tinha acabado de produzir uma rica reflexão sobre a forma distinta como homens e mulheres transitam na cultura brasileira, contudo, quando convidada a pensar sobre possíveis efeitos do racismo em seu histórico de adoecimento e busca por cuidados, responde da seguinte maneira:

Sim. Eu acho que questão não é de cor. (Pesquisador: Que é de gênero? O fato de ser mulher?) Isso, eu vejo muitas pessoas... Na mesma situação que eu, muitas mulheres. Conheci, né, igual no CAPS, no Hospital psiquiátrico. Então, conheci pessoas lá dentro, brancas, loiras e com o mesmo problema que eu. Então, assim, não é questão de cor. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Este ponto precisa ser melhor explorado pela sua importância para a pesquisa. As histórias das pessoas negras escutadas durante o estudo demonstram, em diferentes momentos, que o

racismo estrutural as colocava em contato com processos vulnerabilizantes e de opressão intimamente associados ao marcador da diferença raça/cor e à história colonial e escravocrata do Brasil. Silvio de Almeida (2020), no livro *Racismo Estrutural*, demonstra que na realidade brasileira o racismo é a norma e não o desvio, estando presente na lógica de funcionamento das instituições, entre elas o hospital psiquiátrico. Isso ajuda a explicar por que a violência contra a Rúbia aconteceu com três profissionais diferentes. Não foi um "desvio de conduta" de uma pessoa, mas a operacionalização de uma estrutura violenta e racista que vê corpos negros como passíveis de agressão.

Da mesma forma, Antônio Carlos, Rita, Isabela, Rúbia e outros trazem as marcas do racismo em suas histórias de diferentes maneiras. É preciso assinalar que os relatos de infâncias vulnerabilizadas, violência física, alcoolismo dos pais, dificuldades de acesso a bens e serviços sociais fundamentais não aparecem de maneira acidental nestas entrevistas. Ainda assim, quando convidados a pensar diretamente sobre o quesito raça/cor, os entrevistados negavam seus efeitos sobre suas vidas. Frantz Fanon (2008), Grada Kilomba (2020), Isildinha Baptista Nogueira (2021), Beatriz Nascimento (2022) e outros tantos autores negros dedicaram suas obras para demonstrar os efeitos do racismo sobre o psiquismo das pessoas negras inseridas em sociedades coloniais como a brasileira.

A negativa dos participantes pode ser trabalhada pela contribuição de Kilomba (2020) trazida por seu livro *memórias da plantação*: entrar em contato com o racismo é uma experiência dolorosa demais para o sujeito negro, pois faz recair sobre o seu corpo todos os significantes ruins historicamente associados à negritude pelo pacto narcísico da branquitude. Lélia Gonzalez (2020) enriquece a presente discussão ao apontar o quanto o racismo latinoamericano é sofisticado em suas táticas de opressão para manter negros e índios na condição de segmentos subordinados dentro das classes mais exploradas. Para a autora:

“Herdeiras históricas das ideologias da classificação social (racial e sexual), bem como das técnicas legais e administrativas das metrópoles ibéricas, as sociedades latino-americanas não puderam deixar de se caracterizar como hierárquicas. Estratificadas racialmente, elas apresentam um tipo de contínuo de cor que se manifesta em um verdadeiro arco-íris clasificatório (no Brasil, por exemplo, existem mais de cem denominações para designar a cor das pessoas). Neste contexto, a segregação de mestiços, índios ou negros se torna desnecessária, porque *as hierarquias garantem a superioridade dos brancos como grupo dominante* [destaques da autora] (Gonzalez, 2020, p. 143).

Neste ponto, a perspectiva da interseccionalidade se apresenta como uma aliada à prática em saúde mental pública, permitindo elaborar ações capazes de interromper ou minimizar efeitos

de opressão profundamente impregnados no laço social. Santos (2025), em pesquisa realizadas com terapeutas ocupacionais que sustentavam uma prática antirracista no campo da saúde mental, aponta o processo de reconhecer e nomear o racismo como um passo importante, difícil, mas necessário para os profissionais de saúde mental. Segundo a autora, a prática antirracista no campo da saúde mental precisa partir da premissa da existência do racismo como uma experiência que organiza as relações socioafetivas das pessoas negras. Ao reconhecê-lo, os profissionais podem assumir postura desviante e abrir novas possibilidades. Neste sentido, a educação continuada com base no letramento racial propicia mudança de prática, tendo em vista que o processo formativo da maioria das profissões que compõem o campo da saúde mental é de base colonialista (Santos, 2025).

O exercício analítico aqui empreendido faz-se desafiador justamente porque as diferentes camadas de opressão e vulnerabilização não se apresentam de maneira virtual ou pedagogicamente separadas. Pelo contrário, ocorrem simultaneamente, interseccionando-se umas com as outras. Rita, uma mulher negra cuja história de vida foi marcada por diversos processos de vulnerabilização, entre elas o racismo estrutural, afirma acreditar que não ter estudado atrapalhou sua vida. Quando conta sua história de vida, chama a atenção a vulnerabilidade à qual esteve sempre exposta e isso de fato se relaciona com a classe social à qual pertence. Em dado momento de seu relato, menciona ter vivido em situação de rua quando sua filha ainda mamava no peito. Vale recordar, quando a vida se tornava dura demais, Rita mantinha uma relação com a bebida alcoólica que lhe permitia suportar sentimentos difíceis. Aqui, raça, classe e gênero se articulam ao moldar uma experiência que atravessa tanto o adoecimento psíquico quanto a busca pelos cuidados em saúde mental.

Keren, uma mulher que se descreveu como parda e sempre exerceu a função de mãe solo, em dada altura de sua vida perde o emprego e se vê sem condições de garantir o sustento para si mesma e para o filho. Vivenciar a fome, o desamparo financeiro e a preocupação com o futuro se articulam fazendo-a pensar em deixar o filho sob os cuidados de outra pessoa e tirar a própria vida. Gênero e classe social performam um angustiante cruzamento:

Às vezes a gente passava dificuldade, às vezes a gente estava passando até... Por dificuldade até fome, a gente já passou. Uma vez, eu lembro, uma vez, eu fiquei desempregada e a gente estava pagando aluguel, né? Aí, eu falei assim, “e agora? Acabou, acabou. Eu vou ter que dar o meu filho para os outros, né? Como é que eu vou fazer?”. O Brasil em crise, mandou a empresa, mandou todo mundo embora. Eu não podia ganhar pouquinho, porque eu tinha ele, pagava aluguel, pagava babá, tinha açougue, tinha remédio, tinha água, tinha luz, tudo por minha conta. E na época tinha telefone também, tinha um monte de coisa, era tudo por minha conta. Como é uma pessoa vai

ganhar pouquinho? Não tinha jeito. Eu quis até me matar. Eu pensei até em me matar. Só eu, dou ele para os outros, e me mato, porque aí ninguém vai me achar, ou vai me achar e tudo enquanto ele está sozinho, ele vai acostumar com outra pessoa, com a outra família, pronto... Mas é, a minha sorte é que as pessoas não quiseram, entendeu? Até nisso, graças a Deus, me abandonaram. (Keren, 55 anos, mulher parda)

“Até nisso, graças a Deus, me abandonaram”. Keren está dizendo sobre a experiência de não ter com quem contar. A falta de recursos financeiros e sociais é a marca da experiência, participando do sofrimento psíquico vivenciado. Exclusão e marginalização, por sua vez, apresentam íntima relação com o sofrimento psíquico. Dessa forma, a multiplicidade dos arranjos vai demonstrando as interconexões entre poder e privilégio, saúde e adoecimento psíquico. Antônio Carlos, homem negro, esquizofrênico, morador de zona rural, descreve uma cena tão pitoresca quanto triste:

Mas só que no dia que eu fui, é, fui votar, na eleição, foi aonde eu passei mal no dia, o sol tava muito quente, eu não tinha posto um boné, eu tava descendo aqui pra baixo, diz que eu caí no meio de uma matagal, ó pra você ver? De repente. [...] Me encontraram. Aí foi de repente, caí num lugar lá, diz que eu tava convulsionando lá, dando crise epilética, convulsão sabe? (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Antônio Carlos estava indo exercer sua cidadania e direito ao voto. De repente, por conta de uma crise convulsiva, caiu no mato sozinho, desamparado. Foi encontrado depois, por passantes, que o ajudam e o levam até a casa. A cena é inquietante mesmo. Se Antônio Carlos residisse em um bairro urbanizado a experiência seria a mesma? E se ele fosse branco, estaria menos sozinho? Se não tivesse esquizofrenia e epilepsia, poderia exercer seu direito ao voto com mais segurança?

Questionamentos retóricos, exemplificam a complexidade na qual se inserem os entrevistados desta pesquisa, cujos efeitos se fazem presentes tanto no adoecimento psíquico experienciado quanto nos itinerários de cuidados. Cláudio, homem gay de ascendência indígena, mesmo tendo estudado e feito um curso superior, refere sentir os efeitos da sua origem social (classe) como obstáculos ao pleno exercício da profissão escolhida:

Mas eu enfrentei muitas dificuldades, entendeu? Pra levar a minha profissão à frente, ou seja, trabalhar na minha área, ser técnico na minha área, professor na área, e, devido, eu acredito, um pouco por ser, ser parte de uma profissional da inclusão, entendeu, então eu não tive todas as oportunidades que eu acredito que muitas pessoas tiveram que estavam também na minha área técnica. Talvez eu não sabia escrever tão bem, não... É me comunicar, obviamente, eu não comunicava de acordo com as normas entendeu, que às vezes é exigido, entendeu? Então, é... Representou também uma ameaça para mim emocional, entendeu? Então, eu ia até empurrando esse serviço. E na faculdade também, quando eu fui, estava fazendo faculdade, eu tive crises, né? Várias crises, várias vezes passava pelo CERSAM, CERSAM? Acho que em Belo Horizonte era CERSAM mesmo, entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena).

Diferentemente do que foi discutido acerca dos efeitos do racismo na trajetória dos indivíduos, na experiência dos entrevistados os marcadores da diferença relacionados ao gênero aparecem de maneira bastante pronunciada. Os homens entrevistados, por exemplo, deixam claro em todo o seu percurso de adoecimento e tratamento questões ligadas ao masculino nas sociedades ocidentais lationamericanas. Manuel Ramos e Fagner, em comum, falam com orgulho sobre a trajetória profissional, demonstrando a importância identitária da dimensão do trabalho para eles. Não por coincidência, ambos resistiram muito à ideia de vir a precisar de um afastamento do trabalho para receber cuidados em saúde mental, de modo que uma intervenção do chefe se fez necessária neste sentido.

Aqui as semelhanças e possibilidades de comparação entre ambos vão se tornando quase caricatas: tornaram-se “o homem da casa” muito cedo; no início da vida adulta serviram ao exército; trabalharam muito para sustentar a família após sair do exército; tinham no emprego uma função que garantia lugar social e identitário e, uma vez adoecidos, experimentaram a dor e a amargura de sentirem-se inúteis por não estarem mais exercendo o papel de provedor do lar. É interessante também notar que, entre todas as pessoas, o conselho que foi escutado e deu início à aceitação do adoecimento foi da figura do chefe e, neste ponto é preciso ler, um outro homem, localizado pelos entrevistados como um “verdadeiro pai”.

E são pessoas que contribuíram muito com a minha cultura, e o meu conhecimento. O Luiz Figueiredo (nome fictício) para mim era um pai, o dono da Belo Horizonte Carpetes (nome da empresa alterado). Ele, o Fábio Penido, o Sr. Marcos Penido, o Sr. Lucas Oliveira (nomes fictícios), que era de Darcy de Mariana também, é uma pessoa que era como meu pai para mim, porque eu sou filho sem pai. Minha mãe era deficiente visual. Minha mãe, a mãe ficou cega ela tinha 12 anos de idade completos. Entendeu? (Manuel Ramos, 61 anos, homem branco).

Em comum, Manuel Ramos e Fagner tiveram a convivência com o pai biológico interrompida desde muito cedo. Assumindo para si a figura de “homens da casa”, introduzindo-se desde muito jovens no mundo do trabalho, localizavam nos patrões pelos quais tinham afinidade outros homens de referência, figuras paternas. Em seus relatos, a paternidade parece estar ligada à própria possibilidade de prover. No trecho à seguir, optou-se por manter a extensão do relato pela sua capacidade ilustrativa. Sonhando em receber uma “cesta de natal”, Fagner tenta procurar o pai biológico em seu trabalho mas nada encontra. É o seu patrão, em época que estava entre os doze e treze anos, que vem a executar algo para o qual seu próprio pai se ausentou:

Aí eu lembro, assim, um momento, assim, muito triste também. Triste e feliz ao mesmo tempo. Nessa, nesse lugar lá. É... Eu tava ali com uns, uns doze anos, eu tava quase saindo de lá [...] É. Ai, eu tô lá, cara, e um final de ano, eu lembro que uma pessoa falou assim, né, onde meu pai trabalhava, é,

que eles iam dar a cesta de natal lá. Cara, eu, nossa, eu era doido com cesta de natal. Doido com cesta de natal. E, aí eu peguei e falei assim, “nó, se meu pai me dar pelo menos a cesta de Natal pra gente, tava bom”. Aí eu lembro que eu ainda perdi meu tempo, rapaz, parei o serviço, aí fui lá na portaria da empresa onde ele trabalhava lá, aí perguntei o rapaz da portaria lá, falei com ele se meu pai tinha deixado alguma coisa lá, tal, pra gente lá, pelo menos um panetone da cesta, qualquer coisa assim. Aí ele falou: “Não, o seu pai não deixou nada aqui não. Ele já parou o serviço, já foi embora, tal...”. Cara, mas eu voltei triste demais. Eu voltei muito triste. Muito triste. Aí no dia seguinte, desse dia aí, fui trabalhar, na oficina, aí cheguei lá, aí o, o, o, o chefe lá, chamou todo mundo lá no escritório, aí ele ia dando a cesta pra todos, a cesta base, opa, a cesta base (não), a cesta de Natal pra todo mundo. Aí eu olhando assim... Aí eu pensei, “ele vai dar a cesta de Natal só pros profissionais, né? Só pros pintores, lanterneiro. O pessoal, né, da elite, vamos dizer assim. (Pesquisador intervém: “Eu sou só um ajudante”). “Eu sou só um ajudante”. Eu, é, “vou receber só meu pagamento”, pensando, “vou receber só meu pagamento mesmo”. E eu falei, aí meu pensamento, “tá ótimo”. Aí, aí beleza. Aí na hora que eu, aí os caras foram lá, descendo com a cesta assim e tal, eu olhando assim, rapaz aí... Aí na que ele me chamou lá, me chamou pra tar pegando o meu pagamento, eu fui lá receber o pagamento, aí na hora que eu peguei meu pagamento assim, aí ele pegou e falou comigo assim, “aqui ó, é, a sua, eu deixei um negócio pra você lá perto do, do meu carro, lá embaixo lá, você pode, é, levantar a lona da caminhonete, você levanta a lona da caminhonete lá, aquilo é pra você, é pra você e pra sua família, tá? Você pode ir lá e pode pegar que é pra você e pra sua família, tá? E Feliz Natal pra você”. Aí eu falei, ó, o nome dele era Valter (nome fictício), eu falei: Ô seu Valter, obrigado! Deus abençoe o senhor”. “Deus abençoe também, Feliz Natal”. Ô, Larric (nome do pesquisador), a hora que eu levantei assim a capa da, da, da, da, caminhonete, cara. Nó... (se emociona, começa chorar). Na hora que eu levantei assim... Cara... Aquela cesta enorme, cara, com um monte de, um monte de coisa assim, sabe. Cara, eu era criança, cara, eu lembro que eu... Dentro de mim isso foi explodindo, aquele monte de emoção assim, sabe? E eu pensando comigo assim, “nossa, cara”. E eu criança, mas assim, “não, mas Deus é fiel, ó pra você ver”. E eu, aquele monte de emoção, aquele mix de emoção dentro de mim assim, tal. Eu lembro que eu não tava nem aguentando carregar a cesta, aí o pessoal que me ajudou a levar a cesta lá pra casa lá, e me ajudou a levar lá, eu agradei demais, fiquei muito feliz. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

O menino que sonhava com uma “cesta de natal” experimenta um “mix de emoção” quando o patrão realiza este sonho. A riqueza do relato de Fagner faz pensar sobre a importância daquilo que ele e Manoel Ramos puderam encontrar na figura desses patrões: provisão, amparo, sustento. Para eles, tornar-se homem fica identificado a essa posição provedora, de modo que a irrupção do adoecimento psíquico surge como uma ameaça à própria masculinidade possível. Aqui convém destacar, entretanto, uma contraposição importante, ou, mais precisamente, duas contraposições: as experiências de masculinidades vividas por Cláudio e Antônio Carlos foram muito diferentes daquelas descritas por Fagner e Manuel Ramos.

Antônio Carlos também afirmou uma sexualidade heterossexual como Fagner e Manuel Ramos, entretanto, o fato de ser negro e possuir um diagnóstico de esquizofrenia pareceu implicar

a vivência de uma masculinidade desviante do que foi descrito pelos outros dois. Em sua experiência concreta de vida, sua masculinidade não é comparável à de Fagner ou Manuel Ramos: Antônio Carlos não foi para o exército, ao longo de toda a vida não teve trabalho formal, não pôde se casar, não teve filhos e nunca pôde ser, como os outros, “o provedor” do lar. Aqui, um diagnóstico psiquiátrico mais grave fez um corte, separando sua vivência daquela comum para o gênero, sem excluir disso possíveis efeitos de raça. Cláudio, por sua vez, sendo um homem gay, a vida toda experienciou o preconceito e a marginalização, sendo justamente o sentimento de exclusão e não pertencimento o que o levou a inúmeras “crises existenciais” e ao adoecimento psíquico. Em suas palavras, “a questão homossexual” “norteava” sua “sobrevivência”:

Na questão homossexual teve, né, muita influência, porque realmente foi... É... Querendo ou não querendo, norteava a minha sobrevivência, entendeu? Então... Durante muito tempo eu não gostaria que ela, que fosse assim, entendeu? Mas... Era, então não tinha, não tem como. Então, eu acho que me influenciou para aumentar as dificuldades na vida, para me colocar em situações mais difíceis, então, influenciou bastante. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena).

Neste ponto, o gênero masculino, a depender das interações com outros marcadores da diferença, não parece ser suficiente para poupar o sujeito de experiências de opressão e vulnerabilização. Quando Cláudio descobriu a infecção pelo HIV, por volta dos quarenta anos, o sentimento de exclusão e estigmatização aumenta, fazendo-o procurar alguma inserção social junto a outra população marginalizada e estigmatizada, a saber, “usuários de drogas”, com quem refere ter encontrado melhor acolhimento.

A experiência das mulheres que participaram da pesquisa, entretanto, parece colocá-las em contato com situações, riscos e violências profundamente generificados. Violência sexual e/ou violência doméstica (Cármen, Isabela), abuso sexual infantil (Cármen, Isabela), trabalho análogo à escravidão (Keren) são apenas os exemplos mais notáveis. Violências que transbordam e marcam a trajetória de adoecimento e de cuidados.

É preciso destacar que recaem sobre a mulher todas as responsabilidades do cuidado: com os filhos (Isabela, Keren, Cármen, Rúbia), com os netos (Rita, Cármen), com familiares idosos ou adoecidos (Helenice, Rita). Mesmo sendo responsáveis pelo cuidado, as mulheres fazem parte da classe trabalhadora e não estão liberadas do trabalho fora de casa, vivendo no cotidiano a chamada dupla jornada de trabalho. Neste ponto, é interessante acompanhar, com Lélia Gonzalez (2020), o caráter triplo da opressão sofrida pelas mulheres latinoamericanas:

“É importante insistir que, dentro da estrutura das profundas desigualdades raciais existentes no continente, a desigualdade sexual está inscrita e muito bem articulada. Trata-se de uma dupla discriminação de mulheres não brancas na região: as amefricanas e as ameríndias. O caráter duplo

de sua condição biológica - racial e/ou sexual - as torna as mulheres mais oprimidas e exploradas em uma região de capitalismo patriarcal-racista dependente. Precisamente porque esse sistema transforma diferenças em desigualdades, a discriminação que sofrem assume um caráter triplo, dada a sua posição de classe: as mulheres ameríndias e amefricanas são, na maioria, parte do imenso proletariado afro-latino-americano.(Gonzalez, 2020, pp. 145-146)

A esse emaranhado complexo e intimamente associado ao gênero nas sociedades latinoamericanas, solidão e o imperativo de suportar a sobrecarga em silêncio também participam da experiência relatada pelas entrevistadas (Cármen, Isabela). Isabela traz em seu relato uma reflexão interessante na qual, mesmo negando ser “feminista”, diz perceber que os homens gozam de privilégios e liberdades que não estão disponíveis para as mulheres:

Na verdade é... Geralmente é mais fácil pros homens do que pras mulheres, né? Sobretudo. E, às vezes, a mulher é muito julgada, né? É... Por vestimenta, ela é julgada por vestimenta, ela é julgada como ela tá com o filho, ela é julgada como ela é uma... como ela que se comporta com o filho. E o homem não é. Empresa, a gente vai trabalhar, a gente faz a mesma coisa e recebe menos do que um homem. Então, assim, a mulher geralmente, é bem mais puxado, não que eu seja feminista, eu não sou feminista, né, mas... É, ao longo desses anos eu vi que... O pai dos meus filhos tinha e tem mais livre acesso das coisas do que eu, inclusive liberdade, ele pode ser uma pessoa livre e eu não. Eu tenho que ficar presa, né, e sentir presa, porque ele tem que estar livre [...] (Isabela, 41 anos, mulher negra).

A análise dos itinerários de cuidado à luz da interseccionalidade e da determinação social do adoecimento revela um panorama complexo e multifacetado. A aparente negação do racismo como fator influente, expressa pelos entrevistados, não apaga sua operação estrutural, mas a revela de forma mais insidiosa. Conforme demonstrado pelas contribuições de Kilomba (2020), Almeida (2020) e Gonzalez (2020), o racismo brasileiro se naturaliza como norma, infiltrando-se nas instituições – como o hospital psiquiátrico onde Rúbia foi agredida – e introjetando-se no psiquismo, a ponto de sua identificação direta ser bloqueada por uma dor profunda e por mecanismos de defesa. Essa negação é, em si, um sintoma do racismo estrutural, que opera não como um evento pontual, mas como uma lógica perversa e disseminada que vulnerabiliza corpos negros, tornando-os alvos preferenciais de violência e negligência, ao mesmo tempo que dificulta a autopercepção dessa violência.

A intrincada teia de opressões fica evidente quando observamos como os marcadores sociais se articulam de formas singulares em cada trajetória. Para as mulheres entrevistadas, a tripla opressão de raça, classe e gênero, nos termos de Gonzalez (2020), materializou-se em violências generificadas – sexual, doméstica, da dupla/tripla jornada – e na solidão silenciosa do cuidado compulsório. Para homens como Manuel e Fagner, a masculinidade hegemônica, atrelada ao papel de provedor, mostrou-se uma fonte central de sofrimento quando ameaçada pelo adoecimento

psíquico. Já para Cláudio e Antônio Carlos, a masculinidade foi desestabilizada e marginalizada pela homossexualidade e pela esquizofrenia, respectivamente, demonstrando que a interação com outros marcadores pode transformar um eixo de privilégio potencial (o gênero masculino) em um vetor de exclusão. A fome de Keren, a convulsão solitária de Antônio Carlos no mato e a exclusão profissional de Cláudio são exemplos gritantes de como a classe social, determinada por uma estrutura econômica excludente, intercepta-se com raça e gênero para produzir vulnerabilidades específicas que são diretamente determinantes do adoecimento psíquico e dos percursos de cuidado.

Dessa forma, os itinerários terapêuticos não podem ser compreendidos fora do contexto social interseccional que os molda. O sofrimento psíquico emerge, neste estudo, menos como uma patologia individual e mais como uma expressão corporificada das desigualdades sociais. A violência racista, a pressão do provedor, a sobrecarga do cuidado e a privação material não são meros pano de fundo; são constituintes fundamentais da experiência de adoecimento. A perspectiva interseccional, portanto, impõe-se como imperativo ético e analítico para a saúde mental, demandando que profissionais e serviços desenvolvam um letramento racial e social capaz de reconhecer e nomear essas opressões, como aponta Santos (2025). Só assim poderão criar práticas de cuidado que não apenas aliviem o sofrimento individual, mas que se confrontem com as estruturas sociais que metodicamente o produzem.

5.6.2 Loucura e estigma em meio à teia de opressões

Nas seções precedentes, discutiu-se o complexo emaranhado no qual marcadores da diferença e distintas lógicas de opressão e privilégio se articulam, produzindo efeitos na experiência de adoecimento e na trajetória de cuidados dos entrevistados que participaram deste estudo. Em meio às intersecções dessa teia, a análise do material empírico localiza o adoecimento psíquico como mais um marcador da diferença que se faz presente, esculpindo junto com outros tantos a realidade vivida por estes sujeitos.

Com Foucault (2007) acompanhamos como as imagens e os valores historicamente associados à lepra foram herdados pela figura do louco. A herança de horror, exclusão e isolamento marcou profundamente a forma como as sociedades ocidentais lidaram com o adoecimento

psíquico, como demonstra a história da psiquiatria e as lutas que levaram às Reformas Psiquiátricas brasileira e italiana (Amarante, 1997, Amarante, 2008, Pitta, 2016).

Durante a análise temática das entrevistas, o estigma historicamente associado à loucura se apresenta ora sutil, ora evidenciado, entretanto, definitivamente presente, de modo que precisa ser abordado. É intrigante o achado de que a estigmatização do adoecimento psíquico se apresentou, em primeiro lugar, internalizada pelos próprios participantes da pesquisa, produzindo efeitos negativos na aceitação ou adesão a algum tratamento formal em saúde mental. Helenice, por exemplo, por algum tempo resistiu em seguir a orientação da equipe da UBS e procurar o CAPS porque acreditava que “CAPS é lugar de doido”:

Em casa eu tentei pular da janela, na época eu morava na VL-5, foi onde as meninas do posto viram que eu não estava bem, me deu papel pra mim ir no CAPS, só que eu não fui, porque eu tinha um pensamento de que lá era lugar de doido. Aí eu não fui. Só que quando eu vi que eu tentei de novo, quando eu não fui, eu fui parar na UPA, aí eu procurei ajuda. Aí eu fui no CAPS, aí eu fiquei fazendo tratamento no CAPS por anos, até sair aqui, saiu aqui recente. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

Para Helenice, o medo do estigma atrasa sua chegada no tratamento ofertado pelo serviço de urgência em saúde mental, de modo que é a persistência das tentativas de suicídio que acabam participando da sua chegada no CAPS. É importante registrar o aumento do risco ocasionado por esse atraso, de modo que o desfecho poderia ter sido grave. Cármen também traz relatos parecidos. Durante muito tempo, diferentes médicos da atenção primária e secundária lhe faziam a sugestão de que fosse atendida pela psiquiatria ou psicologia, tal como descreve: “A doutora Amanda (nome fictício) falou comigo, “Cármen, você precisa de uma psiquiatra”. Falei, “doutora, eu não tô doida. Porque psiquiatra é de doido”. Eu tinha isso na cabeça, sabe?” (Cármen, 55 anos, mulher que se descreveu como “pálida”).

Na experiência de Cármen, a resistência também atrasou o início do tratamento, que só ocorreu na ocasião do falecimento da filha e a decorrente irrupção de uma dor insuportável. Cláudio, quando traz relatos de que interrompia as medicações psiquiátricas por conta própria, parecia estar em conflito, recusando-se a aceitar sobre si mesmo qualquer imagem que o remetesse à loucura:

Porque... não sei, existia um medo, assim, “eu não tô doido”, entendeu? “Eu sou uma pessoa normal”, “eu sou esforçado”, entendeu? Mas eu era esforçado, mas na contramão tinha que ser um monte de gente, que parece que não gostava de mim, entendeu? Então é... Uma coisa esquisita entendeu? (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena).

Rúbia tem medo de ser estigmatizada no ambiente de trabalho pelo fato de manter um acompanhamento psiquiátrico regular. Em dado momento de sua entrevista, fala sobre a estratégia utilizada para manter certa privacidade quanto a isso. Rubia procura agendar as consultas sempre no dia de sua folga e, quando não é possível, age de maneira discreta:

[...] só que assim, eu não fico falando com todo mundo que eu tomo remédio não. Pra quê? [...] Não tem necessidade. É igual agora, eu estou trabalhando lá na UPA, né? Na maioria das vezes que eu trabalho, eu trabalho mais nesse horário mesmo, 12h por 36h. Então eu procuro marcar as minhas consultas no dia da minha folga. Esse último mês que eu vim na doutora Sam (psiquiatra, nome fictício) não deu, pra mim marcar no dia da minha folga. Aí o que que eu fiz? Eu falei com a... Com a minha encarregada, “eu tenho uma consulta dia tal e eu não posso deixar de ir, porque a consulta marcada pelo posto. Se eu perder, depois pra mim marcar de novo fica difícil”. Ela falou assim, “não você pode ir, vai tranquilamente, e, se der pra você vir, você vem”. Aí como a consulta é de oito, oito e meia às nove horas, não tem porque eu faltar. Se eu vou largar serviço, dezenove horas, né? Eu vim e depois eu fui. Mas aí eu dei ela atestado direitinho, né? De comparecimento e tal. E lá estava escrito psiquiatra. Ela não me perguntou nada. (Rúbia, 51 anos, mulher negra)

A internalização do estigma pelos entrevistados dá notícias sobre a presença neles próprios de valores e modos de pensar sobre o adoecimento psíquico que identificam à sua volta, no ambiente familiar, no laço social mais amplo. Neste sentido, o medo do estigma parece configurar a amplificação de vozes sociais que ecoam dentro dos entrevistados. Além de uma relação difícil com a mãe, Helenice refere que esta vive lhe dizendo que “depressão é coisa da cabeça” ou “falta de Deus”, o que lhe produz o sentimento de invalidação de algo que sente na pele:

A pessoa, quando ele olha para um depressivo, ele vê uma pessoa normal, porque a pessoa que é depressiva, ele não demonstra que é depressiva. Ele trabalha, ele ri, ele faz tudo. Mas só ele que sabe a luta que está dele contra a mente. A luta dele contra ele mesmo. Ninguém sabe. Tem muitos que escondem para si, tem muitos que escondem para ele mesmo, até mesmo por vergonha de ser julgado, tem muitos que falam que depressão é falta de Deus, que depressão é coisa da cabeça, realmente é coisa da cabeça, mas eles falam em modo de outro sentido. (Pesquisador: Como se... Não existisse). Não existisse. Que depressão a pessoa está dando uma de vítima. A pessoa que bem não conhece a depressão nunca queira ter. Que é uma doença que... Você tem que tomar muito cuidado, muito cuidado mesmo (chora, forneço um lenço de papel), porque é uma doença, eu acho que é uma doença que mais mata no mundo do que depois do câncer que é a depressão. (Helenice, 47 anos, mulher parda)

O relato de Helenice faz pensar na sobreposição que se opera pela estigmatização do adoecimento psíquico. Afinal, a pessoa já está lidando com grande quantidade de dor e sofrimento em decorrência do próprio adoecimento, de modo que a estigmatização operada pelos familiares inclui uma camada extra de dor pela rejeição e invalidação da própria experiência vivida. O que na história de Helenice aparece em um nível mais sutil, em uma moralidade discursiva, para Antônio Carlos acontece a partir de ofensas diretas dentro do próprio ambiente familiar:

Isso é ruim, né? Já falaram que eu era louco, que eu era isso. Isso também machuca a gente. Sabe? Eu sei que eu não sou. O importante é que Deus pensar de mim, né. Eu penso assim. Já falaram, “ah, você é doido, toma remédio pra isso”. (Pesquisador: As pessoas falam isso de você?). Falam, falam isso. “Você é mongoloide, você é retardado”. Até na minha rua que eu moro, que é ali. É onde eu fico mais reservado, mais em casa, mais...(Pesquisador: Mas Antônio, quem fala essas coisas? São vizinhos, é parente?) São pessoas, vizinhos, parentes, o próprio pai, minha mãe já falou isso comigo. Sério, meus próprios pais falaram isso comigo. E doeu mais porque foi dos meus pais, né? “Meu filho, você não tem a cabeça certa, por que você fica...” Eu sei que eu sou capaz de muita coisa. E eles fica falando que eu não tenho a cabeça certa. Porque eu sou retardado, sou louco, sou doido (repete as ofensas). Isso dói mais quando vem dos pais da gente. Doeu bastante, né? Confesso com você que até hoje é, pra superar ainda não tá sendo fácil. Mas a gente vai relevando, né, vai pedindo a Deus força. (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Em meio a esse contexto, um ponto crucial deve ser trabalhado: o estigma associado ao adoecimento psíquico produz alterações no lugar social que o sujeito passa a ocupar em seu meio. Manuel Ramos, trabalhador dedicado do comércio de materiais de construção, em dada ocasião alerta o proprietário que um dos gerentes da loja estava roubando a empresa. Como ele já estava apresentando problemas em decorrência do uso de álcool, não foi levado a sério. Tempos depois a empresa veio a decretar falência devido ao prejuízo decorrente do desvio de recursos. Quando Rúbia foi agredida dentro do hospital psiquiátrico ela não contou para ninguém sobre o ocorrido, escolhendo permanecer em silêncio diante das agressões. Questionada sobre a escolha, refere que teve medo de não acreditarem nela, acharem que ela estava “delirando”. Aqui, raça e sofrimento psíquico se articulam na produção de uma cena de violência impune.

Roberto Tykanori (2016) apresenta o conceito de “contratualidade” que permite analisar o caráter da mudança observada no lugar social ocupado pelos participantes quando ocorre a irrupção do sofrimento psíquico. O autor argumenta que, no tecido social, as relações de troca dependem de um valor previamente estabelecido para cada pessoa, o qual constitui a base de seu poder contratual. Esse valor, que precede e possibilita qualquer intercâmbio, manifesta-se em três dimensões fundamentais: a troca de bens, troca de mensagens e de afetos.

No caso específico da pessoa diagnosticada com algum transtorno mental, esse processo é radicalmente interrompido. A atribuição do rótulo de "doente mental" enuncia simultaneamente uma negatividade que invalida seu valor social pressuposto, anulando seu poder de contrato. Consequentemente, seus bens tornam-se suspeitos, suas mensagens, incompreensíveis, e seus afetos, desnaturados (Tykanori, 2016). Nas palavras do autor, “o doente mental passa a ter positividade apenas na sua dimensão de doente, de suporte da doença. Em suma, anula-se qualquer

valor da pessoa que o assegure como sujeito social (de trocas)” (Tykanori, 2016, p. 70). Keren traz relatos cujo caráter ilustrativo permite avançar um pouco mais na discussão em curso:

E eu sempre fui deslocada mesmo, sempre fui diferente, eu sempre fui a separada, a no cantinho, né? Então assim, e desenvolvi muita, muitas outras coisas, tipo transtorno de ansiedade, desde muito cedo, eu era... É “doida”, me chamavam de doida, o povo me chamava de doida, eu era mega inteligente, eu era mais inteligente eu era super inteligente, entendeu? Mas eu era considerada doida. Eu fazia, às vezes eu fazia cola, na hora de prova, eu fazia, entendeu, cola para todo mundo que estava ao meu redor e eu tirava a menor nota. Todo mundo conseguia me superar. Tipo assim, eu fazia a prova das pessoas, entendeu? Então assim, sempre fui muito, muito inteligente. Mas eu era louca. Eu era a doida. As pessoas aproveitavam de mim, entendeu? Em certos pontos, entendeu? No que eu podia ajudar, mas ninguém queria minha amizade, entendeu? É... Eu sofri um bocadinho [...]. Até hoje. Família, até hoje o pessoal fala assim, “Ô Ké (apelido)”, entendeu, “fica quieta”. [...], tipo assim, olha, não é de cuidado, mas é de... Vou colocar assim. “Coloque-se no seu lugar”. “Não fale”. “Você vai falar demais”. “Você vai... Você é ingênua”, entendeu? “Você não sabe se colocar”. Ah, mais ou menos assim. Que realmente, não sei mesmo. (Keren, 55 anos, mulher parda)

Keren exemplifica, em seu relato, a atribuição permanente de um lugar diferente no laço social. Impressiona que o fenômeno da perda da contratualidade se reproduza mesmo entre crianças, como na cena descrita por Keren vivida ainda durante o momento escolar da vida. Parece acontecer uma suspensão do valor social da pessoa. Mesmo entre familiares próximos, a atribuição de qualquer imagem associada à loucura parece inserir a pessoa em uma condição na qual ela deixa de ser ouvida, considerada, deixa de ter voz e vez entre os demais, conforme expresso no relato à seguir:

O meu filho, vou colocar meu filho, é... Eu tava negociando um carro pra ele, né? Então assim, eu tava tendo maior cuidado e tal, eu não sei conversar mesmo assim bem, assim pra... tem hora que eu gaguejo, dependendo do... Do, do, do que eu vou falar. Eu gaguejo tudo e ele, super impaciente, ele era, né? Hoje não, graças a Deus. É... Aí, é, e eu na frente dele, aí ele, negociando tipo assim, ó, eu tava vendo com vários vendedores e tudo, entendeu? Pra ver qual que era a melhor sugestão de preço, de... de, de, de, de, como é que fala? Pra ele, né? Pra resolver isso pra ele. Aí ele pegou e falou assim, “mãe, pode deixar, você não sabe nem conversar”. Aí pronto, entendeu? [...]

Tipo assim, por exemplo, eu sou muito exagerada, eu comprei, eu estava no Carrefour, não, no, acho que na Leroy Merlin, naquele, no supermercado da Leroy ali. Estava lá com a minha irmã e tal, fazendo uma, ela estava fazendo uma compra. Aí no caixa, então, tinha uma, aquelas pilhas, eu tenho várias coisas de pilha lá em casa, inclusive o computador, meu teclado, meu mouse, tudo é de pilha. Aí eu falei assim, “ah, eu vou comprar, né?. Como eu sou muito exagerada” ... Aí ela falou na frente de todo mundo: “não, cê é doida? Você não vai levar isso, não” (aumenta o tom de voz para imitar a irmã). Eu toda sem graça, toda constrangida fui lá pegar e coloquei. Aí eu falei, “nossa, sério?”. “Sério, você não vai” (mais uma vez). Eu ia pagar, eu ia levar, ia passar no caixa, ia pagar com o meu dinheiro, tudo, e ela não deixou. Tipo assim, então assim, as pessoas acham que eu preciso de proteção, não preciso. Eu não preciso, não é de proteção, é tipo assim, de, sabe, freio né, não preciso, o que eu preciso é de respeito, eu quero respeito. É muito ruim falar isso. (Keren, 55 anos, mulher parda)

O adoecimento psíquico enquanto marcador social da diferença parece operar, no complexo emaranhado interseccional ao qual os indivíduos já estão inseridos, como um atenuante de sua cidadania. Fagner, homem heterossexual cuja masculinidade por muito tempo operou como elemento suficiente para garantia de um lugar social respeitável, uma vez adoecido vê-se lançado a uma posição de “inválido”, de modo que sua masculinidade se torna insuficiente na garantia de um lugar de privilégio:

Porque muitos não entendem. Eu até compreendo isso, sabe? A minha esposa, ela, um tempo ela ficou até meio chateada assim e tal. Ai eu falei com ela assim, “não, eu fica chateado não, a gente, a gente deve ficar chateado, é quando você recebe uma crítica de uma pessoa que realmente ela tem conteúdo daquilo ali que ela tá falando. Ela sabe o que ela tá falando, né? Ai tudo bem. Agora quando você vê que a pessoa, ela não tem domínio, não tem noção nenhuma do que ela tá dizendo ali, ela... Ela tá, ela tá soltando aquilo ali, ela tá soltando aquilo ali, lógico, ela tá te jogando você pra baixo”, porque não é fácil, né, você, é, você ouvir um familiar seu, é, virar e falar com, falar com alguns, falar com sua esposa, falar assim, “ah, não, larga esse cara, esse cara, esse cara, esse cara tá doente, o que que esse cara tem pra te oferecer? não tem nada pra te oferecer, não, esse cara tá doente, larga isso pra lá, isso aí é um, não soma mais nada, não”. E você ouvir isso, não é fácil, cara. (Fagner, 49 anos, homem pardo)

Uma vez adoecido, Fagner “não tem nada pra oferecer”, “não soma mais nada”. As experiências citadas entrelaçam-se numa composição indigesta. A fim de introduzir potente ilustração do que aqui se está tentando discutir, a este ponto convém recorrer à arte e suas intersecções com a vida. No campo das produções artísticas, costuma-se dizer e sustentar o seguinte questionamento para metaforizar a reflexividade entre o real da vida e as produções artísticas: “a arte imita a vida ou a vida imita a arte?”.

Luciene Carvalho, poetiza que hoje preside a Academia Mato-Grossense de Letras, no livro “Insânia” fez poesia de sua vivência durante alguns episódios de internação psiquiátrica, expondo a própria história e parte da luta para manter-se estável logo após um surto diagnosticado como transtorno afetivo bipolar. Ao final do livro, Luciene apresenta as cartas que escreveu à sua psiquiatra e as respostas que recebeu enquanto lutava pela “saúde mental”. Neste sentido, um trecho presente em uma de suas cartas apresenta imensa capacidade de revestir em palavras a experiência de estigmatização associada ao adoecimento psíquico que aqui está sendo debatida:

[...] E é sobre as internações que quero falar nesta carta. Não sou uma militante do movimento antimanicomial, não sei se a internação é imprescindível ou não, mas sei de algumas dores que elas me causaram. Sabe o que dói, doutora? Dói a falta de respeito com que a pessoa que recebe o rótulo de louca é tratada, a falta de credibilidade que envolve tudo o que o louco diz a partir de então. Dói a vergonha de andar nas ruas, após a alta, com as mãos tortas e a musculatura enrijecida pelo uso de Haldol. Dói o risinho de escárnio de alguns, o cochicho à nossa passagem. Dói os amigos que atravessam a rua para se esquivar do constrangimento de um encontro, o rosto que se vira para não nos ver. Dói a ausência do direito de escolher coisas pequenas como o que vestir, o que comer – e

a comida no *neuro* era um nojo, né, doutora? — Dói a vergonha daquele banho com mais de 30 mulheres de todas as idades expostas aos olhares de enfermeiros. Dói o soco na boca do estômago que vi uma paciente de pouco mais de 1,50m receber de um enfermeiro. Dói o abandono em que a maioria das famílias deixam os internos. Dói a sarna, o piolho, os cortes de cabelo que não podíamos escolher.

Por que somos tão punidos por algo que nos aconteceu sem que tivéssemos escolha? Ninguém chega num estabelecimento comercial e pede: "me dá uma lata de esquizofrenia", ou "por favor, me veja um pacote de surto psicótico". Será que já não é suficiente o caos psíquico que nos atinge? A confusão mental que nos assola? Será que alguém percebe a imensidão que é um paciente psiquiátrico se esforçando para se reconstruir internamente? Em que subsolo habita nossa autoconfiança? Qual cova abriga nossa autoestima? Ah, doutora! Por que somos tão punidos, se não somos criminosos? Cuiabá, 10.11.2008 (Carvalho, 2008, pp. 32-33)

No trecho aqui trazido para conversar com a experiência dos entrevistados, a poetiza nos fala sobre a sensação de ser punida, fazendo alusão a mais essa camada de opressão à qual os sujeitos que adoecem psiquicamente estão submetidos. É interessante acompanhar como a interseccionalidade, enquanto teoria social crítica (Collins, 2022) fornece a lente fundamental para compreender como sistemas entrelaçados de opressão – baseados em raça, gênero, classe, sexualidade e outras categorias como aqui se discute – moldam experiências de poder e desvantagem de forma única e indivisível. Esta perspectiva dialoga de forma potente com a abordagem da determinação social do processo saúde-adoecimento, desenvolvida por Jaime Breilh (2003, 2010, 2013) e outros autores no campo da Saúde Coletiva, conforme debatido previamente.

Enquanto a interseccionalidade desvela a multicausalidade das opressões, a determinação social demonstra como essas mesmas forças estruturais e hierarquias de poder se materializam no corpo e na saúde das populações. Breilh (2003) argumenta que o adoecimento não é um evento aleatório ou biológico, mas o resultado de processos sociais e econômicos profundos. Ao integrar tais arcabouços, compreende-se que a determinação social do adoecimento é, na verdade, interseccional, afinal, os perfis de saúde e doença de um grupo expressam sua posição social interseccionada, em um complexo sistema de opressões que se retroalimentam, produzindo efeitos concretos na vida dessas pessoas. Com muita dor, Keren descreve o sentimento de privação social decorrente do adoecimento psíquico:

Eu tenho minhas duas irmãs. E elas é... Todas duas, entendeu, tipo assim, graças a Deus, elas... Uma fez, é, fez, é, é, é, é, MBA né? Na área dela lá, que no caso a área dela é mais... Exatas, né, ela é, na área de consultoria, de consul... [...] Ela é muito boa no que ela faz e tal. E minha outra irmã, entendeu, ela é professora da... E eu não sou nada. Entendeu? Não sou nada (começa a chorar). Ou seja, eu não virei ninguém. Então, todo mundo desenvolveu e tudo, entendeu? Mas eu não. Justamente, tipo assim, porque eu não tinha condição psicológica pra isso. É muito ruim falar sobre isso, essas coisas machuca muito. (Keren, 55 anos, mulher parda)

O que fazer frente à sobreposição do estigma no emaranhado de opressões às quais os usuários da saúde mental já estão submetidos (raça, classe, gênero)? Tykanori (2016) sustenta que o desafio dos trabalhadores da saúde mental passa por uma prática capaz de reconstruir os valores do usuário e aumentar seu poder contratual. Trata-se de criar condições de possibilidade para que ele possa voltar a participar do processo de trocas sociais, por meio de dispositivos que permitam, através de experimentações e mediações, adjudicar novos valores aptos para o intercâmbio. O objetivo central seria, portanto, modificar o pressuposto de um "desvalor natural" para um "valor possível", explicitamente proposto e construído.

Segundo o autor, a estratégia prática para operacionalizar isso é a equipe "emprestar" seu poder contratual ao usuário: utilizando seu prestígio e saber socialmente reconhecidos para mediar e viabilizar novas experiências e relações, desde necessidades básicas até projetos de geração de renda, criando assim as condições para que o usuário reconstrua, gradualmente, seu próprio valor e poder de contratar no mundo social. Essa função importantíssima é exemplificada de maneira ilustre pelos dispositivos dos Centros de Convivência, pelas cooperativas de geração de renda e/ou pela inserção dos usuários da saúde mental em vagas de trabalho protegido. Para Tykanori (2016), a Reabilitação Psicossocial é, em última instância, um processo de restituição do poder contratual com vistas à ampliação da autonomia dos usuários, aumentando seu leque de possibilidades:

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (Tykanori, 2016, p. 71)

A análise apresentada neste subtítulo revela que o adoecimento psíquico não é um fenômeno isolado, mas uma dimensão que se articula, de forma complexa, na teia de opressões que constitui a experiência de vida dos entrevistados. O estigma associado à loucura, por sua vez, age como uma força adicional que os fragiliza, produzindo efeitos que vão desde a internalização do preconceito e o consequente atraso na busca por tratamento, até a suspensão de sua contratualidade social. As vozes de Helenice, Cármen, Cláudio, Rúbia, Antônio Carlos, Keren e Fagner convergem para demonstrar como o sofrimento psíquico, mesmo invisível a olho nu, é rapidamente rotulado, resultando na invalidação de suas mensagens e na negação de seu valor como sujeitos. Eles são

lançados a uma posição de desvalor, na qual perdem voz e poder de ação, sendo reduzidos à mera condição de "doentes", "inválidos" ou "doidos".

A perspectiva interseccional e da determinação social do adoecimento psíquico oferecem as lentes necessárias para compreender que essa perda de valor social não é um evento acidental, mas o resultado da materialização das hierarquias de poder no corpo e na mente desses indivíduos. O sofrimento psíquico, como um marcador da diferença, exacerba as vulnerabilidades já existentes, enraizadas em categorias como raça, classe e gênero. Ele desmantela as defesas simbólicas e sociais que antes ofereciam um mínimo de proteção — como a masculinidade heterossexual de Fagner ou a inteligência de Keren —, expondo o sujeito a uma violência simbólica e, por vezes, física, que ecoa o preconceito e a discriminação de um sistema social excludente.

O desafio colocado para o campo da Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, como bem aponta Tykanori (2016), extrapola a clínica tradicional e demanda um compromisso ético e político em atuar na base dessa rejeição social, devolvendo o poder contratual aos usuários e ampliando seu leque de possibilidades para que possam redefinir seus lugares no mundo. Isto implica em uma atuação que vise explicitamente a reconstrução do valor social dos sujeitos, combatendo a lógica estigmatizante e criando dispositivos — sejam clínicos, sociais ou culturais — que permitam mediações concretas para a retomada do lugar de fala, de direito e de troca no laço social.

5.6.3 Uma Lei que não se aplica: Estado e criminalidade como regulação do social

Se a análise precedente demonstrou como a interseccionalidade das opressões e o estigma da loucura operam uma erosão do *valor social* dos indivíduos, culminando na perda de sua contratualidade (Tykanori, 2016), a presente seção avança para investigar as consequências dessa exclusão no plano da *cidadania*. Partindo das narrativas dos entrevistados, constata-se a existência de uma distância entre a garantia legal de direitos e a experiência vivida de desamparo. Para estes sujeitos, a promessa de proteção do Estado — materializada em leis, políticas públicas e instituições — mostrou-se frequentemente insuficiente, abstrata ou inacessível. Seus relatos revelam um cotidiano marcado por violências e violações que não foram contidas pelo aparato estatal, deixando-os expostos a vulnerabilidades que os posicionam, na prática, como *cidadãos de menor valor*.

Quando Isabela conta sua história, algo que grita é a vivência reiterada de inúmeras violências e a repetição de uma impunidade de seus agressores. Com função ilustrativa, pode-se citar simplesmente a ordem dos acontecimentos. Em todas as etapas da vida, em todas as esferas, Isabela é constantemente violentada. Quando criança (abuso sexual infantil), quando adulta e se casa (violência doméstica), voltando do trabalho (estupro coletivo), fazendo uma denúncia na delegacia (revitimização pela policial), afastando-se do trabalho para tratamento em saúde (assédio moral pela chefia no trabalho). Trocam-se as pessoas, os ciclos de vida, os lugares, permanece a impunidade e o convívio com o risco.

Quando começou a denunciar as agressões do ex-marido, este ficava detido apenas por breve período, era liberado, reiterava ameaças e tentativas de agressão. Mesmo nos dias atuais o agressor reside no mesmo território, mantém o discurso ameaçador e Isabela convive com o risco de se encontrarem pelas ruas do bairro:

E assim, depois que ele foi preso, ele conversou com a juíza lá, não conseguiu sair, mas ele deu o meu telefone o meu endereço pra advogada, pra mim pagar... a dívida dele. Né. Aí, a advogada me ligou, eu falei com ela que foi eu que tinha chamado o polícia pra ele, foi eu que tinha denunciado ele, né? Aí ela falou assim, “nossa, ele é sem vergonha, você é a vítima e ele tá dando... Te... Deu todos os seus dados pra mim, pra mim entrar, cobrar de você esse caso, se você não pagasse, eu entrasse na justiça contra você”. Né. E depois disso foram muitas ameaças, não foram poucas, e até hoje eu tenho medo, muito medo, não saio muito, só quando eu preciso sair, né, de sair porque ele mora aqui no bairro, e toda vez que eu procurava delegacia, o delegado sempre falava comigo, “é você, infelizmente o que eu posso te falar é que é você que tem que se ficar, é, se sentir presa Porque a Lei Maria da Penha infelizmente no Brasil só funciona no papel”. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

A articulação entre raça, gênero, classe e sofrimento psíquico parece engendrar um processo perverso e persistente de vulnerabilização. Quando a figura do delegado diz que “a lei só funciona no papel” ele dá notícias de que algo da proteção não opera na realidade, circunscrevendo uma lei que não se efetiva, uma lei que não vale. A insuficiência protetiva do Estado, manifesta por meio da falha em efetivar direitos, não apenas reflete mas também *reproduz e aprofunda* a exclusão social já vivenciada por estes sujeitos em múltiplos níveis.

Antônio Carlos é um homem preto, pobre e esquizofrenico, o que o coloca em situação estruturalmente vulnerabilizada. Encontrava-se aposentado por invalidez e, de maneira abrupta e sem que ele compreendesse o motivo, teve sua aposentadoria cortada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A interrupção repentina da renda efetiva poderoso golpe contra sua autonomia, trazendo prejuízos também para o sustento. Nas palavras de Antônio:

Aí, inclusive, eu tava até aposentado, eles cortou meu benefício, não tô recebendo aposentadoria. Eu tô recebendo... é o... por enquanto é o... é o Bolsa Família que tá ajudando, mas não ajuda tanto assim. [...] (Pesquisador: Você tá olhando isso aí pra pegar de novo?) Não tá tendo pessoa pra olhar isso pra mim não, tem que arrumar uma pessoa. Minha irmã trabalha direto. É isso, aí isso também me deu uma revolta, né, porque querendo ou não, a gente tem direito e os direitos da gente são negados, entendeu? (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

Mesmo vulnerabilizado, Antônio Carlos compreende que, afinal, “querendo ou não, a gente tem direito e os direitos da gente são negados”. Adiante, em outra passagem, no mesmo sentido ele acrescenta: “Porque não temos direito garantido mesmo no caminho. Dizem é direito da gente, que foi por invalidez, mas eu não consegui esse direito” (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro). Com a simplicidade e objetividade de seu relato, com muita sensatez Antônio Carlos localiza uma cidadania falha, que não afiança ou garante os direitos inerentes a ela, uma cidadania atenuada.

Em particular, cabe destacar o sentimento transmitido por Antônio Carlos de não ter ninguém a quem possa recorrer para ajudá-lo a reaver o direito que lhe foi negado. Desamparo e injustiça se apresentam, portanto, como a materialização dentro do aparato jurídico-legal das iniquidades produzidas no complexo entrecruzamento entre raça, classe, gênero, sofrimento psíquico e outros marcadores sociais da diferença.

Neste ponto, convém assinalar o quanto as perspectivas da interseccionalidade e da determinação social do adoecimento psíquico, conforme foram sendo discutidas até aqui, aliam-se potencializando e enriquecendo a discussão em curso. O acesso à saúde, à cidadania e a outros direitos colocados por esta são capturados em meio às diferentes lógicas de opressão e privilégios enredadas pelo tecido social. É como se o lugar social de Isabela e Antônio Carlos lhes conferisse uma estrangeiridade no próprio país. Neste ponto, a perda da contratualidade circunscrita por Tykanori (2016) dialoga intimamente com alguns conceitos de autores da filosofia política.

Hannah Arendt (2012) apresenta o conceito de “apátrida” para refletir sobre os fenômenos migratórios e se referir àqueles que perderam seu Estado, seus direitos, seu lar. Para a autora, dois subprodutos do bom funcionamento do sistema capitalista são representados pelo lixo humano e o capital supérfluo. Sendo assim, segundo Arendt (2012), tratando-se de um sistema econômico que produza homens e capitais supérfluos, o racismo e a burocracia surgem como principais instrumentos de dominação imperialista. Ademais, conforme o pensamento de Arendt (2012), diante de estados totalitários, o discurso dominante era de que tais minorias deveriam ser assimiladas ou liquidadas. É neste contexto que a autora vai discutir uma inclusão apenas parcial dessa camada de excluídos.

Para os “apátridas” de Hanna Arendt (2012), alguma inclusão e acesso aos direitos ocorria somente por meio da transgressão da lei. Logo, sem direitos, sem alguém que reclame as suas vidas, os apátridas são de alguma maneira assimilados ao sistema somente quando cometem algum crime e se convertem em criminosos, tornando-se, dessa forma, quase cidadãos completos. O conceito apresentado pela autora permite um diálogo e exercício de pensamento com a perda da contratualidade vivida pelas pessoas que foram atravessadas pela irrupção de um adoecimento psíquico. Afinal, sua cidadania vai ficando restrita ao âmbito dos cuidados em saúde e saúde mental.

Aos poucos, as noções empregadas na fundamentação teórica da pesquisa complementam-se na construção possível de um olhar para o que a análise temática das entrevistas produziu. A determinação social e a interseccionalidade permitem pensar que os participantes desta pesquisa vivem em um território peculiar. A analogia do conceito de território como “campo de força” permite entrever sua natureza intangível. Para Souza (2013), o poder reside nas relações sociais e o território emerge como a espacialização dessas relações, ou seja, uma relação social e de poder que se torna espaço. Milton Santos (2005) descreve território como um espaço usado e dinâmico, “território habitado”, que reflete as interações humanas e sociais.

Assim, indagar que tipo de poder se opera na construção desses territórios permite compreender que os territórios são, desde uma perspectiva interseccional, territórios existenciais. O conceito de biopoder, introduzido por Foucault (1976/2010), contribui na construção de uma compreensão possível do poder que se atualiza nestes territórios. Na soberania clássica o poder do soberano consistia em deixar viver ou fazer morrer. Entretanto, com as alterações introduzidas pelo biopoder, o poder do soberano é monopolizado pelo funcionamento moderno do Estado capitalista e transformado em fazer viver e deixar morrer. Foucault (1976/2010) chama a atenção para o papel que o racismo exerce nessa dinâmica do biopoder: o de realizar um corte entre o que deve morrer e o que deve viver. Então, coloca que o processo de tirar a vida não precisa ocorrer a partir do assassinato direto, destacando o assassínio indireto, isto é, a morte política, a expulsão e a rejeição como produtos do biopoder.

Os sujeitos que participaram dessa pesquisa precisam existir em meio a territórios sociais atravessados pelas dinâmicas de exclusão e opressão que vem sendo discutidas até aqui, sendo a ausência do Estado e da garantia de direitos apenas uma das facetas desse processo interseccional que os adocece e os lança entre aqueles que devem morrer. Isabela, em dado momento de seu relato,

não sem amarga frustração, diz: A justiça brasileira, ela é falha, e, além de ser falha, ela não é para todos (Isabela, 41 anos, mulher negra).

Broide e Broide (2015) afirmam que nas grandes periferias urbanas, a presença do crime organizado é proporcional à ausência do Estado. Sem o amparo jurídico-legal estatal, os entrevistados desta pesquisa convivem com uma outra Lei, com regras mais rígidas e punições mais severas (Broide e Broide, 2015). No relato à seguir, a omissão do Estado apresenta-se articulada com a apresentação de outras forças territoriais:

É, aí eu me separei, divorciei... E ali o pai dos meus meninos pulou dentro de casa pra me agredir, só que... Os vizinhos, os meus irmãos correram, chamaram o meu pai, os vizinhos chamaram a polícia, na época veio duas viatura, aí fomos conduzidos, aí mais um baque. Eu não sabia que ele usava droga. Eu nunca tinha visto droga na minha vida, nunca vi, nunca tive contato. E o delegado falou comigo que ele tava sob efeito de entorpecente [...]. Ele falou assim, “não, ele tá cheirando. Ele tá com a pupila dilatada, tá muito alterado”. E nisso, mais uma vez, ele foi preso, ficou quatro dias preso né, e assim... Nunca me deixou em paz. Descobri que ele tinha feito dívidas com agiota. E... Coisa de droga. Ele tinha dado meu nome, né? E o meu endereço. E eu sofria ameaças constantemente, o meu telefone ele é... É... Como é chama? Hackeado, rastreado. [...] Pela, pela delegacia. E... E assim, eles mandavam vídeos pra mim. Matando pessoas, pessoas mortas, cabeça na mão, aberto com o coração pulsando, pessoas agonizando. (Pesquisador: Meu Deus! Tipo te ameaçando, é?). Mandavam foto do meu portão pra mim, e assim, jogava cabeça de cachorro, coração, dentro do meu quintal, pulava no meu quintal, então eu tive que aumentar muro, fiz dívida, com banco pra conseguir, né? O dinheiro pra pagar, porque eles queriam me tirar da minha casa com os meus filhos por causa da dívida que ele adquiriu. (Isabela, 41 anos, mulher negra).

O relato de Isabela faz pensar que o ex-marido percebe a vulnerabilidade dela na organização formal das relações e se utiliza disso a todo momento, fazendo com que o ônus de seu próprio lugar social recaia sobre ela. Raça, gênero e sofrimento psíquico instituem um regime de exceção. Se o Estado falha e trata os seus como cidadãos menores, a Lei do tráfico se apresenta, e assim o faz como uma Lei da qual não se escapa. Isabela paga a dívida feita em seu nome pelo ex-marido, uma vez que a outra opção era pagar com a vida. A introdução dessa outra Lei se apresenta também na história de Cláudio. Historicamente marginalizado nos espaços sociais, sem um lugar de pertencimento claro na norma social, Cláudio se aproxima de pessoas que fazem uso de drogas para se sentir incluído. Rapidamente ele nota, contudo, que a organização das relações é clara e severa. Nessa relação, ele também era o lado mais fraco:

Sim, sim, que eu me comunicava melhor com eles né. Aliás, eu me comunicava com eles, mas eles também foram uma ameaça pra mim. Complicado isso, entendeu. Tipo, meio que pressionado, num primeiro momento eu me sentia ameaçado, entendeu? (Pesquisador: Como assim?) Por eu morar sozinho, entendeu? Não só aqui, em outros lugar também, entendeu? Eu já me senti ameaçado, entendeu? Com relação ao crime, eu tenho um pouco de medo. Então... Em algum caso, em algum momento, eu lembro assim, que eu me aproximei deles exatamente para não, ser, não receber nenhuma, como é que fala? Ah, não ter... Nenhuma desavença entre a gente, porque eu era o lado

mais fraco, entendeu? Então... Eu tive que conviver... Entendeu? Com eles. (Cláudio, 52 anos, homem gay de ascendência indígena).

Portanto, a análise dos relatos de Isabela, Antônio Carlos e Cláudio evidencia que a insuficiência protetiva do Estado atualiza um mecanismo estrutural de regulação social que opera de forma interseccional. Através de sua omissão — seja na delegacia, na previdência social ou na garantia de segurança —, o aparato estatal efetivamente sanciona e naturaliza a violência contra corpos já marcados pelo estigma da loucura, da raça, da pobreza e do gênero. Como ilustram de forma crua as narrativas, a lei que "só funciona no papel" e o direito que é "negado" criam um vazio de soberania. É neste vazio que outras formas de regulação, fundadas na violência explícita e na lei do crime organizado, se instalam e passam a governar a vida, como demonstram o terror imposto a Isabela pelos agiotas e a submissão estratégica de Cláudio aos traficantes. Esta dinâmica confirma a assertiva de Broide e Broide (2015) de que a ausência do Estado é proporcional à presença do crime, criando um território existencial onde a cidadania é substituída por uma precária negociação pela sobrevivência.

Neste contexto, a noção arendtiana de "apátrida" revela-se terrivelmente profética para descrever a condição dos entrevistados. Como apontado por Arendt (2012), sem um Estado que reclame suas vidas como dignas de proteção, eles são assimilados à ordem social primeiramente através de sua vulnerabilidade à violência e ao crime, tornando-se, na prática, quase-cidadãos cujo valor é constantemente negado e cuja existência é regulada pela lógica do "deixar morrer" foucaultiana. A perda da contratualidade, analisada na seção anterior, materializa-se aqui como a perda do direito de ter direitos, aprofundando o ciclo de adoecimento psíquico e exclusão. A determinação social do adoecimento, portanto, mostra-se inextricavelmente ligada a uma determinação política da desproteção, onde o Estado, longe de ser um neutro garantidor de direitos, atua como um agente que, por ação ou omissão, produz e hierarquiza vidas matáveis, aprofundando as iniquidades que ele próprio deveria combater.

Conclui-se, assim, que a promessa de cidadania se revela, para os sujeitos desta pesquisa, apenas uma promessa. Seus itinerários são construídos à sombra de uma Lei formal que não se aplica e sob o jugo de uma lei informal da qual não se escapa. A interseccionalidade das opressões encontra sua expressão máxima nesta dupla captura: pelo abandono do Estado e pela violência do crime organizado. Desta forma, a análise reforça que a compreensão dos processos de adoecimento psíquico e busca por ajuda é incompleta sem uma crítica radical às estruturas de poder que não apenas falham em proteger, mas que ativamente produzem a desproteção como forma de governar

populações consideradas descartáveis. O desafio para a saúde coletiva e para as políticas públicas, portanto, transcende a mera inclusão; exige uma transformação radical das estruturas que perpetuam essa cidadania atenuada e violenta.

5.6.4 Agenciamento e dignidade como estratégias de sobrevivência

A caminho de finalizar a análise do material empírico coletado durante esta pesquisa, mais algumas reflexões se impõem a partir da análise temática das entrevistas. Como visto, a perspectiva da interseccionalidade aliada à abordagem da determinação social do adoecimento permitiram desvelar, no itinerário terapêutico dos usuários dos serviços de saúde mental da atenção básica de Vargem das Flores, um complexo emaranhado produtor de vulnerabilidades associadas à raça, classe, gênero e sofrimento psíquico.

Os subtemas elaborados a partir dos dados do estudo são ilustrativos e estabelecem, eles próprios, um itinerário que vai da experiência de adoecimento ao caminhar pelas redes em busca de ajuda e alívio do sofrimento. Infâncias vulnerabilizadas, violência, trauma, dor e sofrimento, trabalho e laço social, autonomia, dificuldades de acesso às redes de saúde, invenções singulares e coletivas para alívio da dor, processos de vulnerabilização, loucura e estigma e insuficiência das leis para proteger são pontos ou nós desse emaranhado.

Em momento nenhum, entretanto, deve-se tolerar uma aceção que permita enxergar os sujeitos desta pesquisa como vítimas *passivas* de um sistema violento e opressor. O compromisso ético e político da interseccionalidade com a transformação social, como expresso por tantas autoras importantes dessa teoria social crítica (Hankivisky, 2014; Collins & Bilge, 2020; Collins, 2022), refere a todo momento a existência de uma margem de ação (agenciamento) dentro do complexo sistema social no qual os sujeitos estão inseridos, a depender da posição que ocupam nos sistemas de classificação das sociedades e do tipo de controle exercido sobre eles (Couto, Oliveira & Separavich, 2019).

Assim, não se pode concluir que os participantes, apesar de tudo o que vivem e viveram, são pobres coitados desprovidos de recursos (simbólicos, sociais, de ação) para responder ao que se abate sobre eles. Em dada ocasião, cansado do preconceito e das ofensas no ambiente de trabalho, Cláudio reage na mesma linguagem e agride seus agressores. Depois, com a persistência

da exclusão apesar da troca de empregos, vai fazer um curso superior e se esforça para desempenhar nobre função social (professor).

Keren, descrita por todos como “doida” e “ingênua”, alçada a um lugar de tutela e invalidez, atualmente está custeando as parcelas de um imóvel próprio financiado pelo programa social do Governo Federal “Minha Casa, Minha Vida” com a renda que obtém de outra iniciativa do Governo Federal, a saber, o Programa Bolsa Família. Antônio Carlos, descrevendo uma vivência alucinatória, diz sobre o quanto correu para não ser jogado no caldeirão do diabo. No momento do desespero, foi amparado nos braços de um pastor da igreja. Após falar da experiência, conclui: “*Aí eu passei por lutas, só. Muitas lutas. Eu já posso dizer que eu sou vitorioso*” (Antônio Carlos, 45 anos, homem negro).

O material das entrevistas exalta em diferentes momentos - e disso eles falam com orgulho - sobre os esforços empenhados na superação das dificuldades encontradas. Honra e dignidade se apresentam, muitas vezes, como tesouros para aqueles que não tem nada:

Não, porque eu já cuidei gente leproso. Tu acredita nisso? Leproso, sem pé e sem mão. (Pesquisador: A senhora tinha medo?) Não. Só tinha esse toco aqui, ó. Daqui pra cá e daqui pra cá (mostra os membros). Cuidei. Ia lá, varria pra ele, lavava vazia, esquentava comida, punha, forrava assim, sentava na beira da cama, eu punha um pano assim, e punha a panela de comida e ele comia assim, ó. Caía mais no pano do que com ele mesmo. [...] Eu morava assim. O cômodo dele era assim, grandão, lá no pasto. Pertinho, pertinho da garagem, nem lembro o nome da garagem, sei que era Jatobá, Jatobá IV. A garagem era assim, assim, puxado assim, eu fiz um puxado assim de lata, aqueles tambor de lata, sabe? E, pus umas teias lá por cima, peguei um pau assim, outro assim, outro assim, outro assim, fiz a cama. Pus umas regras assim, e roupa que a gente não usava, a gente punha lá pra servir pra dormir. E meu fogão de lenha, era do lado de fora. (risos). Cé vê que que eu já passei. Já morei na praça rodoviária com a minha filha e mamando no peito. Cé acredita nisso? (risos). É, meu filho, hoje eu sou uma vitoriosa. (Rita, 55 anos, mulher negra).

Os cuidados ofertados ao “leproso” remetem à uma organização social mais solidária e vão na contramão do estigma e da exclusão. O trecho que acaba de ser citado representa, em sua concretude, a coragem necessária para seguir. O relato de Rita sobre os materiais utilizados para montar a própria casa é exemplar desse movimento que se está tentando descrever realizado pelos participantes: utilizar os recursos que estão disponíveis, fazer o melhor que se pode com aquilo que se tem. Apesar de tudo, sobreviver - e isso mesmo já é revolucionário. A interseccionalidade demonstra que as lógicas de opressão vão constituindo territórios existenciais em meio aos quais os sujeitos precisam sobreviver. Entretanto, resgatando uma expressão de Milton Santos (2005), esses territórios existenciais são habitados pelos sujeitos.

Em momento de concluir, chega-se ao achado mais impressionante desta pesquisa: mesmo nos interstícios mais sombrios da teia de opressões, onde o Estado falha, o estigma fere e a lei se ausenta, a vida insiste em brotar com uma força digna e inventiva. Os relatos de Cláudio, Keren, Antônio Carlos e Rita são testemunhos solenes de agenciamento. Eles revelam que a dignidade não é um privilégio concedido pela estrutura social, mas uma conquista íntima e coletiva, forjada na resistência do cotidiano — seja no ato de custear um sonho próprio com um benefício social, na coragem de retornar aos estudos, na fé que abraça em meio ao delírio, ou na solidariedade que cuida do corpo do outro mesmo quando o próprio chão é de lata. Esta é a potência que a interseccionalidade, em seu compromisso ético, nos obriga a enxergar: a de que os sujeitos, ainda que brutalmente determinados pelas suas condições, nunca se reduzem a elas. Eles as habitam, as negociam e, com os fios que lhes são dados, tecem novas possibilidades de ser.

Portanto, se os territórios existenciais são delineados pelas forças interseccionais do poder, eles são, acima de tudo, territórios habitados. Como nos brindam os geógrafos da saúde (Santos, 2005; Souza, 2013), o espaço é uma relação social em constante movimento, e é na materialidade concreta das vidas dos entrevistados que encontramos a prova mais eloquente disso. Suas existências não são passivas; são geografias de luta, mapas afetivos de sobrevivência onde a honra é o último tesouro de quem tudo perdeu. E assim, no gesto de Rita ao construir seu lar com tambores de lata e tecidos, ou na declaração orgulhosa de Antônio Carlos — "eu sou vitorioso" —, encontramos a mais pura expressão do humano: a capacidade de, mesmo na aspereza do mundo, semear dignidade. Esta seção, ao iluminar essas estratégias de existência, não apenas conclui uma análise, mas celebra a quieta e persistente revolução de seguir vivendo — e, ao fazê-lo, reafirmar, todos os dias, que nenhuma opressão é total, e que mesmo na mais espessa teia, há sempre um fio de luz por onde se escapa e se reinventa a vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa, que desde o princípio assumiu caráter exploratório e delineamento qualitativo, a teoria da interseccionalidade aliada à perspectiva da determinação social do adoecimento confirmaram sua potência como arcabouço teórico capaz de capturar a complexidade dos itinerários terapêuticos de populações vulnerabilizadas na saúde mental. Através dessas lentes, foi possível compreender que os usuários dos serviços de saúde mental de Vargem das Flores

navegam em um contexto profundamente desafiador, onde múltiplas formas de opressão se entrelaçam em seus percursos de vida e cuidado.

A metáfora dos "territórios existenciais", inspirada na dimensão política do conceito de território proveniente da geografia da saúde, mostrou-se fértil para descrever como relações de poder, opressão, privilégio e dominação se atualizam na geografia biográfica dos participantes. Contudo, se as diferentes lógicas de opressão representaram um poderoso lastro social, a experiência narrada pelos entrevistados revelou que esses territórios são ativamente habitados e negociados. Os sujeitos demonstraram notável agência ao fazer escolhas a partir do que encontram disponível, evidenciando a riqueza dos itinerários terapêuticos descritos e sua capacidade de autonomia mesmo em contextos adversos.

Os resultados destacaram, sobretudo, que a pessoa em sofrimento psíquico não é agente passivo das opressões, mas protagonista que navega a partir das condições objetivas que se apresentam. Ao relatarem suas experiências de navegação em "mar revolto", emergiu com significativa importância a dimensão da fé, da religiosidade e dos saberes populares e ancestrais como orientadores fundamentais na busca pelo alívio do sofrimento, constituindo redes informais de sustento que complementam - e por vezes substituem - o cuidado formal disponibilizado pela rede de saúde.

Sobretudo, é preciso demarcar que a análise demonstrou a transversalidade dos efeitos do racismo, machismo, dominação de classe e preconceito contra pessoas em sofrimento mental - desde a experiência de adoecimento até a busca por cuidados na rede formal. A presença massiva de relatos de ideação suicida nos momentos de maior dificuldade parece aludir a uma estrutura social que, em certa medida, empurra esses sujeitos para a morte, exigindo reflexões urgentes sobre a determinação social do suicídio em nossa sociedade.

Retomando os termos foucaultianos sobre o biopoder, percebe-se uma forma de "assassínio indireto" ao qual a população estudada está submetida, assassínio este executado pela orfandade de uma regulação social equânime e protetora de direitos básicos. Em verdade, o complexo emaranhado que se intersecciona na experiência dos entrevistados, cuja potência é aumentada pela presença do sofrimento psíquico, pareceu significar a vivência de uma cidadania de segunda ordem ou importância - uma cidadania atenuada -, com impactos diretos na proteção estatal contra violências e no acesso a direitos constitucionais como a saúde integral e a seguridade social.

Neste contexto, torna-se evidente a missão ousada assumida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao se propor como sistema de cuidados em saúde público, gratuito e universal em meio a uma sociedade estruturalmente injusta. Assim, deve ser salientada a importância do fortalecimento das diferentes redes de atenção à saúde do SUS, incluindo-se a Rede de Atenção Psicossocial, uma vez que essas redes configuram verdadeiras redes de cuidado que (diretamente) fazem frente a complexas redes de opressão e violação. Esse dado reitera a urgência da superação das chamadas desigualdades em saúde a partir da consideração pelas questões estruturais que participam dos processos saúde-doença-cuidado e morte, conforme proposto pela perspectiva da determinação social do adoecimento.

Os profissionais de saúde que atuam nessas redes devem ser capacitados para compreender essa complexidade, atuando para interromper ou atenuar os processos de vulnerabilização que participam do adoecimento psíquico da população que é objeto de seus cuidados. Neste sentido, os conhecimentos produzidos por esta pesquisa podem contribuir para a qualificação dessas redes, permitindo à gestão municipal construir práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas às realidades dos sujeitos sob sua responsabilidade.

Dessa forma, os resultados localizam com precisão ponto crucial onde saúde e justiça social se interseccionam, indicando que o trabalho em saúde mental público e gratuito deve necessariamente passar pelo esforço de ampliar a contratualidade e as possibilidades de vida dos usuários, reduzindo os efeitos das diversas redes de opressão na determinação dos processos de saúde-doença-cuidado e morte.

Como estudo exploratório, esta pesquisa se configura conscientemente como um ponto de partida no entendimento dos itinerários terapêuticos neste território. Um limite metodológico que deve ser salientado residiu no processo de recrutamento dos participantes, que dependeu da indicação direta dos profissionais da atenção básica. Na prática, esta porta foi aberta quase exclusivamente pelos(as) psiquiatras do território, com as Equipes de Saúde da Família (médicas[os], enfermeiras[os], agentes comunitários de saúde, técnicas de enfermagem) contribuindo pouco, apesar dos reiterados convites. Esta não é apenas uma limitação metodológica, mas um dado revelador em si: parece fazer alusão a um cuidado em saúde mental que ainda se encontra excessivamente centrado na figura do médico especialista, confirmando uma das próprias críticas que emergiram dos relatos.

Deve-se salientar o relato persistente de rotatividade de profissionais vinculados à atenção básica, de modo que os participantes referiram constantes rompimentos e dificuldades de acesso à especialidade psicologia, medicamentos e exames, o que pareceu produzir dificuldades significativas na produção de um cuidado integral, longitudinal e feito por diferentes saberes em saúde, próprio da atenção básica enquanto porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. Além das fragilidades apontadas pelos próprios participantes da pesquisa, percebe-se que as trocas constantes de profissionais foram desafiadoras para a própria execução da pesquisa, colocando impasse durante o momento de coleta de dados, descortinando rupturas prejudiciais às ações em curso e para o cuidado ofertado.

Neste ponto, é preciso destacar a presença excessiva do hospital psiquiátrico no itinerário de cuidados dos entrevistados, figurando ainda como uma das possibilidades de atenção à crise, ao mesmo tempo em que parece haver certo apagamento do CAPS na rede, o que está na contramão do que é assumido pela agenda antimanicomial assinada pelo município. Neste ponto, é preciso considerar que um recrutamento conduzido por outras portas de entrada - como a busca ativa de pessoas que tiveram alta do CAPS ou a identificação através de agentes comunitários de saúde - poderia ter iluminado outras facetas da realidade estudada, revelando talvez itinerários de maior autonomia ou desfechos diferentes daqueles que foram trabalhados neste estudo.

Assim, este trabalho não se encerra, mas se projeta em novas investigações. Pesquisas futuras poderiam lançar mão de metodologias participativas, envolvendo os usuários na própria construção das perguntas de investigação, ou mergulhar na experiência daqueles que construíram itinerários bem-sucedidos fora do circuito centrado no médico e no medicamento.

Por fim, esta pesquisa deixa a convicção de que a clínica em saúde mental, quando informada pela interseccionalidade, assume seu caráter político. É a prática que se coloca ao lado dos sujeitos para fazer frente às lógicas de violência e opressão que participam e intensificam a sua dor, tomando para si o compromisso de ampliar as possibilidades de vida e bem viver para aqueles que a sociedade insiste em empurrar para as margens.

REFERÊNCIAS¹⁸

- Aciole, D. C. de A. M., & Silva, J. da. (2021). Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas. *Psicologia & Sociedade*, *33*, e229558. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33229558>
- Allande, N. I. S. (2021). Relación entre violencia y depresión en mujeres migrantes a través de las experiencias en los servicios de atención. *Salud Colectiva*, *17*, e3054.
- Almeida, S. L. (2020). *Racismo estrutural* (5a ed.). Jandaíra.
- Almeida-Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *3*(1-3), 4-20.
- Almeida-Filho, N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, *16*, e2751.
- Almeida-Filho, N. (2021). Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!. *Cadernos de Saúde Pública*, *37*(12), e00237521. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237521>
- Alves, P. C. (2016). Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. Silva Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 125-138). CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO.
- Alves, P. C., & Souza, I. M. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In M. C. Rabelo, P. C. S. Alves, & I. M. Souza (Orgs.), *Experiência de doença e narrativa* (pp. 125-138). Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P., & Cruz, L. B. da. (2008). *Saúde mental, formação e crítica*. LAPS.
- Amarante, P., & Torre, E. (2024). Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da Indústria de Medicamentos na produção de saber e políticas. In P. Amarante & R. Whitaker (Orgs.), *Desmedicar: A luta global contra a medicalização da vida* (pp. 71-82). Zagodini Editora.

¹⁸ Formatadas conforme as normas da APA (7ª edição).

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro* (1a ed.). Geração Editorial.
- Arendt, H. (2012). *Origens do totalitarismo* (R. Raposo, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1949)
- Bandeira, N., & Onocko-Campos, R. (2021). Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). *Saúde em Debate*, *45*(128), 91-104. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112807>
- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Editora Fiocruz.
- Barreto, M. L. (2017). Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22*(7), 2097-2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
- Bispo dos Santos, A. (2023). *A terra dá, a terra quer*. UBU Editora.
- Birman, J. (2005). A Physis da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *15*(supl.), 11-16. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000400002>
- Borde, E., Hernández-Álvarez, M., & Porto, M. F. de S. (2015). Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, *39*(106), 841-854. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
- Borde, E., & Hernández-Álvarez, M. (2022). Fractured lives in fractured cities: Towards a critical understanding of urban violence in the context of market-driven urban restructuring processes in Bogotá and Rio de Janeiro. *Social Science & Medicine*, *298*, 114854. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114854>
- Borde, E., Ferreira, K. M. S., & Morais, L. M. O. (2024). Determinação social da morte: sobre a vulnerabilização e inviabilização de vidas, necropolítica e indiferença. *Aceno*, *11*(25), 253-264. <https://doi.org/10.48074/aceno.v11i25.17677>
- Bosi, M. L. M., & Gastaldo, D. (Orgs.). (2021). Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: Fundamentos teórico-metodológicos. Editora Vozes.
- Botton, A., Cúnico, S. D., Arpini, D. M., & Strey, M. N. (2015). Os papéis parentais nas famílias: analisando aspectos transgeracionais e de gênero. *Pensando Famílias*, *19*(2), 43-56.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, *18*(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiologia crítica: ciencia emancipadora*. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, *6*, 83-101.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, *31*, 13-27.
- Brasil. (2001). 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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023: institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
- Broide, J., & Broide, E. E. (2015). *A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. Escuta.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(11), 4433-4442. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Forense Universitária.
- Carvalho, L. (2009). *Insânia*. Entrelinhas.
- Castellanos, M. P., Cordeiro, K., Mota, C., & Trad, L. A. B. (2016). Acessibilidade, experiência de enfermidade e itinerário terapêutico de diabéticos: percepções de moradores e profissionais de saúde de um distrito sanitário de Salvador, Bahia. In T. E. Gerhardt, R.

- Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. Silva Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 265-280). CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO.
- Cavalcanti, M. T., Dahl, C. M., Carvalho, M. C. A. de, & Valencia, E. (2009). Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Revista de Saúde Pública*, *43*, 23-28. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800005>
- Cho, S., Crenshaw, K. W., & McCall, L. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, *38*(4), 785-810.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Interseccionalidade*. Boitempo.
- Collins, P. H. (2022). *Bem mais que ideias: A interseccionalidade como teoria social crítica*. Boitempo.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Contagem. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. (2009). *Atlas escolar, histórico, geográfico e cultural do Município de Contagem Minas Gerais*.
- Contagem. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. (2011). *Por dentro da história: revista de educação patrimonial*.
- Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. (2021). *Distrito Sanitário de Vargem das Flores* [Apresentação de PowerPoint].
- Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. (2022). *Diretrizes e processos de trabalho da Equipe Multiprofissional Ampliada de Saúde da Família na Atenção Básica de Contagem*.
- Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. (2023). Portaria SMS nº 480, de 8 de novembro de 2023.
- Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. (2025). *Diretrizes para o cuidado em Saúde Mental na APS*.
- Couto, M. T., Oliveira, E., & Separavich, M. A. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, *15*, e1994. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>

- Cunha, J. C. (2011). Escola Municipal Dr. Sabino Barroso: Marco educacional do centenário administrativo de Contagem. In Contagem, Secretaria Municipal de Educação e Cultura, *Por dentro da história: revista de educação patrimonial* (pp. 45-52).
- Demétrio, F., Santana, E. R. de, & Pereira-Santos, M. (2019). O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, *43*(spe7), 204-221. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>
- Drummond, B. L. da C., Radicchi, A. L. A., & Gontijo, E. C. D. (2014). Social factors associated with mental disorders with risk situations in the primary health care. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *17*, 68-80. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060006>
- Falcke, D., & Wagner, A. (2005). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: Definição de conceitos. In A. Wagner (Org.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 25-46). EDIPUCRS.
- Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. Ubuntu.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Foucault, M. (2007). *História da loucura: na Idade Clássica*. Perspectiva.
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* (M. E. de Almeida Prado Galvão, Trad.; 2a ed.). WMF Martins Fontes.
- Franco, D. A. A., & Pegoraro, R. F. (2024). O papel do CAPS I na vida de seus usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. *Psicologia Revista*, *32*(2), 368-394. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2023v32i2p368-394>
- Fuini, L. L. (2015). Território e territórios na leitura geográfica de Milton Santos. *Brazilian Geographical Journal*, *6*(1), 253-271.
- Furtado, V. C. (2024). *Determinação social da esquizofrenia: fundamentos ontológicos para o desvendamento do desenvolvimento da esquizofrenia* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte].
- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*(11), 2449-2463. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>

- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos* (F. Rios & M. Lima, Orgs.). Zahar.
- Hankivsky, O. (2014). *Intersectionality 101*. The Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU.
- Hernández-Álvarez, M. (2011). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. In C. Eibenschutz, S. Tamez, & R. González (Orgs.), *¿Determinación social o determinantes sociales?* (pp. 89-104). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Censo Demográfico 2022*. <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Cobogó.
- Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. da S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, *41*(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>
- Minayo, M. C. de S. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (3a ed.). Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Moraes, P. H., & Zambenedetti, G. (2021). As Tecnologias Relacionais e a Produção de Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *21*(3), 908-928. <https://doi.org/10.12957/epp.2021.62690>
- Moreira, D. J., Bosi, M. L. M., & Soares, C. A. (2016). Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. Silva Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 189-204). CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO.
- Morosini, M. V., Fonseca, A. F., & Baptista, T. W. (2020). Previner Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de

- privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, *36*(9), e00040220. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040220>
- Muhl, C. (2020). O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: pontos de inflexão. *Revista do NUFEN*, *12*(3), 198-216. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo81>
- Nascimento, M. B. (2022). *O negro visto por ele mesmo*. UBU Editora.
- Nogueira, I. B. (2021). *A cor do inconsciente: significações do corpo negro*. Perspectiva.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage Publications.
- Pereira, L. P. (2020). *No mundo da rua: itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Pereira, L. P., Wetzel, C., Pavani, F. M., Olschowsky, A., Moraes, B. M., & Klein, E. (2021). Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais: relato de experiência. *Escola Anna Nery*, *25*(3), e20200017. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0017>
- Pinho, R. N. (2021). *Transgeracionalidade*. Sociedade Brasileira de Psicanálise de Minas Gerais. <https://sbpmg.org.br/transgeracionalidade/>
- Piscitelli, A. (2008). Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, *11*(2), 263-274. <https://doi.org/10.5216/sec.v11i2.5247>
- Pitta, A. (2016). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (4a ed.). Hucitec.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, Á. P. (2012). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (A. C. Nasser, Trad.). Vozes.
- Reina, M. L. (2017). Pentecostalismo e questão racial no Brasil: desafios e possibilidades do ser negro na igreja evangélica. *Plural*, *24*(2), 253-275. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcs.2017.143005>
- Rodrigues, J. C., Chamouton, C. S., Nakamura, H. Y., & Souza, H. A. de. (2021). Um resgate de si: itinerário terapêutico de um caso de adoecimento mental relacionado ao trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, *24*(2), 217-233. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v24i2p217-233>

- Rodvalho, A. L. P., & Pegoraro, R. F. (2020). O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, *16*(1), 1-8. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.150161>
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(2), 149-155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Santos, J. F. (2025). *Práticas de cuidado antirracistas: um estudo qualitativo com terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos].
- Santos, L. A., & Kind, L. (2022). Itinerários Terapêuticos Percorridos por Pessoas que Tentaram Suicídio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *38*, e38412. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38412.pt>
- Santos, M. A. (2005). O retorno do território. *Observatorio Social de América Latina*, *6*(16), 255-260.
- Santos, M. A. (2006). *A natureza do espaço*. Editora da Universidade de São Paulo.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, *147*(12), 1602-1608. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602>
- Silva, M. C., Treichel, C. A. dos S., & Onocko-Campos, R. T. (2024). Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters. *Cadernos de Saúde Pública*, *40*(11), e00052624. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT052624>
- Socol, K. L. S., Tisott, Z. L., dos Santos, N. O., da Silveira, A., Marchiori, M. R. C. T., & Stochero, H. M. (2021). Therapeutic itinerary and health care for drug users in the psychosocial care network. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, *13*, 1626-1632. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10811>
- Souza, M. L. (2013). *Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial*. Bertrand Brasil.
- Tavares, B. (2025). Sociabilidades reformuladas: o impacto do crescimento pentecostal nas comunidades e territórios. *Cadernos do Desenvolvimento Fluminense*, *28*(especial). <https://doi.org/10.12957/cdf.2025.89087>

- Tobar, F., & Yalour, M. R. (2001). *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Editora Fiocruz.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia clínico-qualitativa*. Vozes.
- Tykanori, R. K. (2016). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (4a ed., pp. 89-102). Hucitec.
- Viapiana, V. N., Gomes, R. M., & Albuquerque, G. S. C. D. (2018). Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde em Debate*, *42*(116), 175-186.
- Vieira, N. R. S., & Pegoraro, R. F. (2020). Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão. *Psicologia em Estudo*, *25*, e41796. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.41796>
- Vieira-da-Silva, L. M., & Almeida Filho, N. de. (2009). Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(supl. 2), s217-s226. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, *52*, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Wagner, A., Predebon, J., & Falcke, D. (2005). Transgeracionalidade e educação: Como se perpetua a família? In A. Wagner (Org.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 93-105). EDIPUCRS.
- Whitehead, M. (1991). *The concept and principles of equity and health*. Pan American Health Organization.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, *22*(3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Zumstein, N., & Riese, F. (2020). Defining severe and persistent mental illness-A pragmatic utility concept analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 648. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>

APÊNDICE A¹⁹

Vidas feridas: determinação social, adoecimento psíquico e interseccionalidade aplicada à Saúde Mental

Wounded Lives: social determination, psychological distress and intersectionality in Mental Health

Resumo:

Este ensaio propõe uma análise interseccional do sofrimento psíquico, sustentando que as desigualdades em saúde mental resultam de complexas interações entre marcadores sociais como raça, gênero, classe e sexualidade. A partir de uma perspectiva da Saúde Coletiva, exploramos a determinação social do adoecimento mental e a dimensão sociopolítica do sofrimento psíquico. Ao articular esses referenciais, demonstramos como a interseccionalidade constitui uma ferramenta fundamental para compreender as múltiplas formas de opressão que se entrecruzam e moldam a saúde mental de diferentes grupos populacionais. Essa articulação evidencia a necessidade de uma abordagem mais holística e equitativa na atenção em saúde mental, capazes de considerar simultaneamente as singularidades individuais e as desigualdades sociais que atravessam os sujeitos. Ao desvelar as raízes sociais do sofrimento psíquico, o ensaio busca contribuir para a formulação de políticas públicas que, ancoradas na equidade, fortaleçam práticas de cuidado em saúde mental orientadas pela promoção de autonomia e emancipação social.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Determinação Social do Adoecimento; Saúde Mental; Interseccionalidade

Abstract:

This essay proposes an intersectional analysis of psychological suffering, arguing that inequalities in mental health result from complex interactions between social markers such as race, gender, class, and sexuality. From a Collective Health perspective, we explore the social determination of mental illness and the sociopolitical dimension of psychological suffering. By bringing these perspectives together, we show how intersectionality offers a critical lens for understanding the multiple and overlapping forms of oppression that shape mental health across different population groups. This perspective underscores the need for a more holistic and equitable approach to mental health care—one that accounts not only for individual specificities but also for the broader social inequalities that permeate people’s lives. By uncovering the social roots of psychological suffering, the essay seeks to contribute to the formulation of public policies that, grounded in equity, strengthen mental health care practices oriented toward the promotion of autonomy and social emancipation.

Keywords: Public Health; Social Determination of Illness; Mental Health; Intersectionality

¹⁹ Artigo teórico do tipo “ensaio” formatado conforme as normas da revista “Saúde em Debate” (Qualis A4), submetido para apreciação na mesma revista em Setembro/2025.

Introdução

A saúde, entendida em sua complexidade biopsicossocial, tem sido objeto de estudo e intervenção de diversas áreas do conhecimento. No campo da Saúde Coletiva, a ênfase na determinação social do processo saúde-doença tem se mostrado fundamental para a compreensão das múltiplas dimensões que marcam os processos de adoecimento, sofrimento e mal-estar das populações. Paralelamente, a Saúde Mental tem buscado ampliar seu olhar para os fatores contextuais que modulam o sofrimento psíquico. No presente trabalho, explora-se um ponto de interface entre os campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental buscando produzir reflexões sobre a determinação social do adoecimento psíquico, utilizando a perspectiva interseccional como lente analítica.

Desigualdades em saúde, frequentemente, se convertem em iniquidades em saúde, ou seja, injustiças sociais que se manifestam na distribuição desigual de recursos e oportunidades que afetam a saúde de diferentes grupos populacionais¹. Na América Latina, a abordagem que vem sendo chamada de determinação social dos processos saúde-doença-cuidado traz rupturas com a tradicional discussão sobre os determinantes sociais da saúde ao buscar de fato compreender como estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais operam na produção das doenças e agravos². Tais efeitos são evidentes também no campo da Saúde Mental, onde o sofrimento psíquico frequentemente reflete as opressões e as vulnerabilidades sociais vivenciadas por indivíduos e comunidades. A partir deste contexto, a interseccionalidade emerge como teoria social crítica capaz de considerar as múltiplas e simultâneas formas de discriminação e opressão que produzem efeitos sobre as subjetividades e definem as formas como o sofrimento é vivenciado³.

Este artigo tem como objetivo explorar o prisma da determinação social dos processos saúde-doença a partir dessa interface entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental, buscando produzir reflexões sobre a determinação social do sofrimento psíquico. Argumentamos que a compreensão das iniquidades em saúde mental exige a consideração das interconexões entre raça, gênero, classe, sexualidade, deficiência e outros marcadores sociais da diferença, além das especificidades territoriais e históricas que moldam as manifestações das iniquidades e definem os marcadores da diferença.

Metodologicamente, este trabalho se configura como um ensaio crítico. Inspirados pela natureza crítica e pela liberdade expressiva características desse tipo de produção, a discussão proposta ancora-se em referências bibliográficas selecionadas, construindo um discurso que se

desenvolve no próprio ato de sua realização⁴. Para tanto, convidamos saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental e Ciências Sociais, a partir de uma perspectiva interseccional, para dialogar com o campo da Saúde Coletiva.

O presente trabalho está estruturado em quatro seções que, de maneira progressiva, vão apresentando o debate aqui proposto. Inicialmente, abordaremos as nuances entre desigualdades e iniquidades em saúde. Em seguida, discutiremos a determinação social dos processos saúde-doença. Posteriormente, aprofundaremos a dimensão sociopolítica do sofrimento psíquico. Por fim, exploraremos a interseccionalidade como uma aliada fundamental para a prática em saúde mental pública.

Desigualdades e Iniquidades em Saúde

Um profundo questionamento do modelo biologicista de saúde foi possível com a chegada de saberes provenientes das Ciências Sociais para compor o que no âmbito da América Latina conformou o campo da Medicina Social e, no Brasil, gerou um novo campo específico da “Saúde Coletiva”. A origem do termo “Saúde Coletiva” está associada à uma crítica feita pelo movimento sanitário brasileiro durante as décadas de 1960 e 1970 à Saúde Pública tradicional sugerindo ampla reforma de seus valores, teorias e práticas, de modo que a incorporação das Ciências Sociais e Humanas à nova Saúde Coletiva figura como uma das mais radicais mudanças.

Segundo Birman⁶, com a emergência da sociedade industrial, a saúde das individualidades passa a incluir necessariamente as condições coletivas de salubridade e insalubridade, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos na exterioridade das condições do espaço social em que vivem. Dessa forma, uma definição que mantenha o rigor e a complexidade da Saúde Coletiva a aponta como um campo científico interdisciplinar (assentado na Epidemiologia, Ciências Sociais e Política, Planejamento e Gestão) com um forte compromisso ético e social. Seu núcleo é o engajamento na luta pela democracia, equidade e justiça social, criticando o paradigma biomédico tradicional e atuando diretamente na transformação das políticas públicas para garantir o direito à saúde⁵.

Nesse sentido, o campo da Medicina Social e da Saúde Coletiva Latino-Americana (MS-SC) tem realizado, há décadas, um esforço crítico de questionamento aos modelos de conhecimento que explicam doenças e agravos à saúde por meio de relações simplistas de "causa e efeito". Tais modelos, geralmente restritos a uma concepção meramente biológica do corpo e do ser humano,

privilegiam explicações baseadas em conceitos de "agente" e "hospedeiro", frequentemente descontextualizados, estanques e desprovidos de historicidade⁶.

O campo da Saúde Coletiva é, pois, fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa. É evidente que os diferentes discursos biológicos têm um lugar fundamental no campo da saúde, o que não deve implicar uma posição hegemônica em relação aos outros⁶⁽¹⁵⁾.

Um ponto de possível articulação entre saúde e sociedade é encontrado na literatura sobre as desigualdades em saúde. Barreto⁷, neste sentido, aponta que as desigualdades sociais com frequência são transferidas para a saúde, manifestando-se seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, ou até mesmo no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. Segundo Barata⁸ ao se referir ao termo “desigualdade social” se faz referência a:

[...] situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio⁸⁽¹²⁾.

No debate teórico da Saúde Coletiva no Brasil, “tornou-se consenso afirmar que a superação das desigualdades em saúde requer a formulação de políticas públicas equânimes. Isso corresponde ao reconhecimento da saúde como direito e à priorização das necessidades como categoria essencial para as formas de justiça”^{1(s223)}. Deve-se salientar, portanto, o êxito da Reforma Sanitária nas lutas que levaram à criação do SUS, uma vez que se propôs um sistema de saúde que avança no sentido da justiça mesmo estando em meio a uma sociedade injusta.

Mesmo assim, a persistência das desigualdades no mundo apesar da unanimidade do discurso em prol da equidade deve ser problematizada, o que denuncia a existência de outras lógicas presentes na orientação, formulação ou pelo menos na implementação das políticas públicas¹. Dessa forma, as investigações acerca dos processos de saúde-doença-cuidado e morte devem levar em consideração “a análise do capitalismo contemporâneo e suas características fundamentais determinantes dos atuais processos de trabalho”⁹⁽¹⁷⁹⁾. Afinal, somente levando em consideração o capitalismo como sistema produtor de desigualdades, é possível apreender em profundidade o perfil epidemiológico da sociedade contemporânea, marcado pelas altas taxas de sofrimento e de adoecimento psíquico⁹.

É preciso considerar que diferenças de raça, classe e gênero apresentam efeitos reais na vida das pessoas, na medida em que são atuadas por relações de poder e afetam o acesso e a posse dos bens, dos serviços e da riqueza, fruto do trabalho coletivo dos sujeitos e acumulada ao longo de gerações⁷. Para Vieira-da-Silva e Almeida Filho¹, “a temática das desigualdades em saúde, marcada pela iniquidade das políticas econômicas e sociais, impõe uma tomada de posição tanto epistemológica quanto política”.

Assim, convém destacar a diferença estabelecida entre dois conceitos: desigualdades em saúde e iniquidades em saúde. Barreto⁷⁽²¹⁰⁰⁾ discrimina que as desigualdades em saúde “referem-se àquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde)”; enquanto as iniquidades em saúde “referem-se às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça”.

Esta diferenciação está presente já em Whitehead^{10,11} que, na década de 1990, elaborou um documento de consultoria para a Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual propõe distinguir diferenças ou disparidades em saúde (*differences or disparities*) de iniquidades (*inequities*) em saúde, de modo que as iniquidades constituem diferenças que são, além de evitáveis, principalmente injustas.

É interessante notar que a passagem de uma a outra só é possível quando uma desigualdade passa a ser percebida como injusta pela sociedade onde ocorre, tornando-se uma iniquidade. Portanto, diferentes sociedades terão uma percepção distinta sobre quais desigualdades serão compreendidas como injustas e quais não se tornarão objeto de atenção e obrigação ética. Ainda, somente “no momento em que desigualdades transformam-se em iniquidades é que emergem as condições para formulações e ações políticas concretas direcionadas a minimizar as desigualdades existentes”⁷⁽²¹⁰⁰⁾.

Pensar sobre equidade e mais especificamente equidade em saúde sugere uma consideração por ao menos quatro facetas incluídas neste conceito¹²: 1) os riscos de adoecer seriam homogêneos para todos os grupos da população; 2) todos os cidadãos estariam cobertos por programas efetivos de promoção e proteção à saúde; 3) todos terem acesso igualitário aos serviços de saúde; e 4) todos receberem cuidados com a mesma qualidade, eficácia e humanização.

A consideração pelas relações simbólicas e de poder nas quais as pessoas estão inseridas, assim como suas condições concretas de vida, está na base de uma concepção de saúde mais

abrangente, que rompe com o modelo biologicista tradicional. A concepção de Saúde Coletiva se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber das ciências médicas, uma vez que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina quando tende a considerar o corpo de uma perspectiva que o aproxima de uma máquina anátomofuncional constituída basicamente por mecanismos bioquímicos e imunológicos⁶.

Torna-se necessário o reconhecimento do caráter simbólico do corpo, das relações do sujeito com o este corpo, com os outros sujeitos, com as coisas, com as diversas instituições e com as práticas sociais, que são também mediadas pela linguagem e pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e linguística⁶. Considerando essas implicações no campo específico da saúde mental, destaca-se a importância de considerar as condições concretas de vida dos sujeitos no planejamento e realização das práticas de cuidado psicossocial. As iniquidades em saúde daí decorrentes manifestam-se tanto como risco aumentado para a incidência e gravidade do adoecimento psíquico, como também condicionando as oportunidades de inclusão social, que por sua vez geram novas vulnerabilidades e processos adicionais de exclusão que afetam os desfechos em saúde.

Determinação Social dos processos saúde-doença

A discussão anteriormente iniciada propõe uma abordagem sobre como as desigualdades sociais moldam a saúde, afetando os processos de saúde-doença-cuidado e morte dos diferentes grupos sociais. Entretanto, percebe-se que as contribuições dessa vertente de análise (associada à expressão “determinantes sociais da saúde”) tendem a conceber a problemática das iniquidades em saúde como um problema ligado à gestão e distribuição desigual de recursos, abordando a temática do capitalismo apenas marginalmente; ao mesmo tempo em que parece evitar analisar as diversas lógicas de opressão que são organizadoras da sociedade contemporânea.

Há uma crítica importante quando se reconhece que as assimetrias na distribuição de poder e renda originam-se no contexto socioeconômico e político, que privilegia grupos diferenciáveis por classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda, configurando padrões diferenciados de vulnerabilidade e exposição aos determinantes sociais de saúde e, desta forma, definindo as iniquidades em saúde. Porém, tal crítica é incompleta por conceber a possibilidade de reverter as iniquidades mantendo-se o atual modelo de sociedade².

A abordagem dos “determinantes sociais da saúde”, apesar de representar um avanço, parece evitar uma discussão que enfrente a organização social capitalista como produtora das desigualdades. Parece existir um imaginário de que seja possível promover uma mobilização social em prol da saúde, partindo da suposição de que o reconhecimento das desigualdades seja motivo suficiente para mobilizar autoridades e a sociedade civil².

Tal suposição ignora os processos e contextos sócio-históricos e as lutas sociais que têm permitido um avanço na consolidação do direito à saúde, na melhoria das condições de vida e trabalho, bem como o acesso mais amplo aos serviços de saúde. Neste sentido, os impactos negativos gerados pelo ‘mercado’ na equidade em saúde são considerados como aleatórios, acidentais e não-desejados; e o padrão sistemático da determinação social que se engendra, entre outros, a partir da superexploração do trabalho, da natureza implicada no regime de acumulação capitalista e das diferentes formas de discriminação e racismo não é reconhecido².

Neste ponto, chama-se a atenção para a perspectiva da “determinação social” dos processos de saúde-doença-cuidado-morte, que reafirma o caráter histórico-social dos processos de adoecimento e cuidado e vem se consolidando desde os anos 1970 no campo MS-SC. A MS-SC desenvolveu uma práxis e um arcabouço teórico-metodológico transformador, como um contraponto à discussão das “desigualdades em saúde” e dos “determinantes sociais da saúde”. A abordagem da “determinação social” propõe um questionamento radical ao paradigma biomédico da doença, contrapondo-se à concepção tradicional centrada em riscos e fatores. Trata-se de um esforço de apreensão dos processos complexos por meio dos quais as relações sociais e de poder subsumem o biológico — isto é, o incluem e o subordinam —, conferindo-lhe novos sentidos e determinando suas formas de manifestação^{9, 13}.

Considera-se que as desigualdades são injustas porque são produzidas por uma apropriação indevida dos meios de realização da vida por parte de uma classe social, um gênero e/ou uma etnia/raça (matriz de dominação). Reconhece-se um ‘sujeito histórico’ que adoece e morre, construído nas relações sociais e processos de dominação, exploração e marginalização em função da consolidação de privilégios (materiais, políticos e simbólicos) de poucos. Desde esta perspectiva, iniquidades e desigualdades são produzidas pelas relações de poder e de dominação, que se articulam no regime de acumulação capitalista, e são confrontadas pelas resistências e lutas dos explorados pelo regime. Assim, a iniquidade não apenas se refere às injustiças na distribuição

e acesso aos bens materiais e serviços básicos, senão ao processo intrínseco que as engendra^{2, 13, 14, 15}.

Após uma minuciosa discussão sobre as diferenças conceituais entre desigualdades, iniquidades, variações, disparidades e diferenciais, Almeida-Filho¹⁶ recupera as contribuições de Jaime Breilh^{17,18}, um dos principais expoentes da abordagem da determinação social. Para Breilh^{17,18}, a desigualdade representa o aspecto negativo da diversidade, atuando como veículo e vetor de exploração, subordinação e opressão. O termo "iniquidade", por sua vez, equivaleria diretamente à injustiça. Já as diferenças assumiriam sentidos distintos dependendo do contexto social: nas sociedades solidárias, expressariam diversidade, enquanto nas sociedades marcadas pela concentração de poder indicariam desigualdades entre os indivíduos (p. 364).

Borde, Ferreira e Morais¹³ utilizaram a perspectiva da determinação social para analisar e desnaturalizar os processos que marcam e até mesmo matam alguns corpos em detrimento de outros, ampliando a compreensão sobre os corpos que morrem, as formas e qualidades de morrer e as reações sociais diante dessas mortes. Apontam a colonialidade como participante na construção de narrativas e práticas que partem da desumanização e negação total dos sujeitos em nome de um “projeto civilizatório”, com suas atualizações que se propagam e consolidam a partir de práticas de dominação, expropriação e morte, nas quais há vidas que “valem menos”, são “descartáveis”, ou “precárias”.

A essa altura, interessa colocar o prisma da determinação social do adoecimento em ação e, a partir de um ponto de interface entre os campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, refletir sobre a determinação social do adoecimento psíquico. Amarante e Torre¹⁹ destacam a complexidade histórica da definição de transtornos mentais e a influência de fatores sociais nesse processo. Afirmam que “a ‘doença mental’, como categoria de acusação, é um recurso amplamente utilizado para nomear a diferença e a diversidade de alguns ou para invalidar a atitude rebelde ou de luta de pessoas e sujeitos coletivos”¹⁹⁽⁷³⁾ e apontam “o exemplo da denominação ‘loucas da Praça de Maio’ dada pelos militares às mães de desaparecidos da ditadura argentina, além de tantas outras formas de estigmatização, violências e constrangimentos”¹⁹⁽⁷⁴⁾.

Para Pinel, considerado o pai da psiquiatria, “o processo civilizatório” teria inequívoca responsabilidade naquilo que ele fazia questão de se referir como “alienação mental”. Pinel opunha-se ao termo “doença mental” pois considerava um erro procurar a sede da loucura, na medida em que nada era “mais obscuro e impenetrável”^{19,20}. Esquirol, o mais expressivo discípulo

de Pinel, afirmou, em 1838, na ocasião da aprovação da Lei de Assistência aos Alienados (a primeira sobre o tema em toda a história), que “a loucura é o produto da sociedade e das influências morais e intelectuais”¹⁹.

A atenção aos acontecimentos que ocorriam naqueles tempos de grandes transformações políticas, econômicas e sociais, tal como foi o cenário da Revolução Francesa, permitiu que ocorresse a Pinel e a Esquirol a ideia de que os problemas de saúde mental são influenciados por fatores sociais¹⁹. Pinel e Esquirol são tomados como exemplo quando Amarante e Torre¹⁹ argumentam que a busca por uma etiologia única para os sofrimentos psíquicos tem sido infrutífera, e que a medicalização, impulsionada pela indústria farmacêutica, tem contribuído para a naturalização de condições complexas como doenças individuais. Essa perspectiva, segundo os autores, invisibiliza as raízes sociais e históricas dos problemas de saúde mental, dificultando a implementação de políticas públicas mais efetivas.

No âmbito da presente discussão, é fundamental a contribuição de Furtado²¹, que busca compreender a esquizofrenia a partir de uma perspectiva social e histórica. Ao longo de seu trabalho, em vez de focar em causas biológicas como a psiquiatria tradicional o faz, a autora argumenta que a esquizofrenia é resultado de processos sociais e históricos complexos. Há uma forte crítica à visão de que a esquizofrenia seria uma doença mental individual e isolada, assim como a elaboração de que ela está relacionada a condições sociais de exploração e opressão.

Para sustentar sua argumentação, a autora²¹ utiliza conceitos de diversas teorias, como o marxismo e a psicologia histórico-cultural, e analisa como fatores sociais - como a pobreza e a desigualdade - podem influenciar o desenvolvimento da esquizofrenia. Destaca-se ainda a contribuição do trabalho ao propor uma nova forma de entender a consciência e como ela pode ser afetada por esses fatores sociais, levando à esquizofrenia.

“O comportamento diferenciado de alguns, as atitudes exóticas, o falar sozinho ou com os deuses ou demônios, levantaram hipóteses muito variadas”¹⁹⁽⁷¹⁾, de modo que o entendimento de tais fatos foi explicado ora por causas sobrenaturais, mágicas, místicas e religiosas e só mais recentemente “científicas”. Nota-se: ao longo da história surgiram teorias médicas de origens diversas, que associavam tais experiências desde os elementos da natureza, passando pelos vapores e humores do corpo e pela teoria dos miasmas e assim por diante¹⁹.

Como dito anteriormente, a perspectiva da “determinação social” dos processos de saúde-doença e morte reafirma o caráter histórico-social dos processos de adoecimento e cuidado e realiza

um profundo questionamento do paradigma biomédico da doença, opondo-se à versão tradicional de riscos e fatores e operando um esforço de apreender os complexos processos pelos quais as relações sociais e de poder subsumem – incluem e subordinam – o biológico^{9,13}.

As diferentes lógicas de opressão estão presentes e se atualizam nos diferentes espaços da vida social pelos quais os usuários dos serviços de Saúde Mental transitam, produzindo efeitos que muitas vezes aumentam e agravam seu sofrimento. Outro ponto que merece destaque refere-se ao fato de que, independente das discussões que tentam interceptar, abordar e discutir a origem do sofrimento psíquico, somente a presença do mesmo já produz efeitos no campo sociopolítico e afeta a inserção dos sujeitos no laço social, participando, aumentando e alterando as diferentes lógicas de opressão às quais os sujeitos estão inseridos e perante às quais precisam elaborar uma resposta por sua capacidade de agenciamento.

A dimensão sociopolítica do sofrimento psíquico

Apesar de hoje parecer contra intuitivo, sofrimento psíquico e cidadania nem sempre andaram juntos. Foi somente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que somou forças com a Reforma Sanitária Brasileira, e produziu a construção de uma forma de cuidado em saúde mental que opera a reivindicação da cidadania e da humanidade da pessoa em intenso sofrimento psíquico, assim como a promoção da sua inserção no laço social. Em verdade, além de ser uma conquista histórica, a cidadania da pessoa em sofrimento mental é uma busca diária dos profissionais que atuam com este público.

Rememorando a época da redemocratização do Brasil que culminou na promulgação de nossa *Constituição Cidadã*²², na qual o movimento sanitário e a luta antimanicomial tiveram papéis ativos, Paulo Amarante²³⁽¹⁷⁾ coloca que “a luta pela cidadania é uma luta geral, compartilhada por amplos setores da sociedade civil, tomada a partir de várias questões - a cidadania das mulheres, crianças, negros, povos da floresta, dentre outras”, contudo, se o sujeito apresenta alguma forma de sofrimento psíquico, historicamente vem sendo “[...] despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não-cidadão”.

Segundo Paulo Amarante²³⁽¹⁶⁾ “ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos” . Neste sentido, se as desigualdades sociais podem ser convertidas em barreiras de acesso aos serviços de saúde, o sofrimento mental

por vezes configura uma barreira de acesso à própria cidadania e, conseqüentemente, também aos direitos colocados por ela (saúde, educação, lazer, trabalho, ir e vir).

No Brasil, os primeiros hospitais psiquiátricos têm seu surgimento ligado à necessidade de criação de um local de destino para aqueles a quem a sociedade prescreve lugar marginal, sempre em nome da preservação da ordem social. Violência e confinamento era o que aguardava essas pessoas, quase sempre para uma viagem sem volta. Os excessos e os horrores que aconteciam nessas instituições foram bem documentadas no livro *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex²⁴.

Este destino de violência e violação pode ser relacionado aos significados que ao longo da história foram sendo atribuídos à figura do “louco”. O termo “louco” é aqui utilizado retomando o sentido foucaultiano²⁵, como aquele a quem a sociedade historicamente veio a destinar um lugar marginal. Neste sentido, historicamente a suposição de um perigo imprevisível atribuído à figura do louco resultou em medidas de isolamento, trancafiamento, desumanização e exclusão do laço social²⁵. É interessante acompanhar como se deu a construção de tal acepção.

O desaparecimento da lepra, ao final da Idade Média, vai deixar vazio um lugar que exercia toda uma função na dinâmica da organização da sociedade da época. Abandono e exclusão tinham um sentido e importância naquele grupo social, pois estavam relacionados a uma curiosa forma de comunhão e salvação²⁵. Segundo Foucault²⁵, a existência do leproso é sempre uma manifestação de Deus, que, em seu conjunto, indica sua cólera e marca sua bondade. Quando um pecador fecha suas portas ao leproso, está com isso lhe abrindo as portas da salvação: tanto o pecador que exclui o leproso quanto a figura excluída obtêm a salvação na e através dessa própria exclusão.

Sendo assim, ainda que tenha ocorrido o desaparecimento da lepra, como resultado da própria exclusão dos leprosos, aquilo que vai permanecer por muito mais tempo, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são as imagens e os valores que tinham aderido à personagem do leproso. Dessa forma, a figura do louco, ao lado de pobres, vagabundos, prostitutas e presidiários, vem herdar as representações sociais que antes estiveram ligadas à lepra; no tempo que ficou conhecido como época das grandes internações²⁵.

Paulo Amarante^{20,23} e Amarante e Cruz²⁶ discutem um processo de espelhamento da psiquiatria com áreas da medicina mais próximas das ciências naturais associado ao próprio nascimento desta nova disciplina médica, sendo o isolamento da loucura dentro de hospitais psiquiátricos um procedimento para observação sistemática. Este procedimento, contudo, significou também um procedimento de isolar a “alienação mental” dos sujeitos nos quais ela

ocorre. Tal qual o cardiologista se ocupa do coração, o psiquiatra ocupava-se da doença mental e colocava os sujeitos nos quais ela ocorria em suspenso. Evidentemente, neste procedimento perde-se a dimensão da pessoa, da experiência, da história, das relações e, por que não, da cidadania.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, traz uma inversão nesta situação. Inspirado na fenomenologia de Edmund Husserl e no conceito do autor de ‘redução analógica’ que consiste em colocar o conceito entre parênteses, a proposta de Franco Basaglia foi a de colocar “a doença entre parênteses” para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência. Trata-se, em verdade, de uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento que significa a suspensão de um determinado conceito e traz consigo a possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, neste caso, a experiência vivida pelos sujeitos²⁰.

Segundo Paulo Amarante²⁰, com a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, com todas as suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, projetos e anseios pessoais, o que possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Colocando a doença entre parênteses, os serviços já não serão locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância dos corpos e passam a configurar dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Esta atitude epistemológica é fundamental, pois, enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades.

A perspectiva da determinação social elaborada pela Medicina Social e Saúde Coletiva Latinoamericana produz um efeito semelhante nas discussões em saúde, protagonizando rupturas epistemológicas na produção do conhecimento.

A determinação social do adoecimento, ao revelar as raízes sociais das doenças e situar os processos de adoecimento dentro de dinâmicas sociais mais amplas – e não apenas como resultado de vínculos externos e lineares –, oferece um arcabouço teórico fundamental para a compreensão do sofrimento psíquico. Ao analisar as condições de vida, trabalho e desigualdades sociais, essa perspectiva permite compreender como marcadores sociais da diferença se entrelaçam e se sobrepõem em processos que vulnerabilizam os sujeitos ao adoecimento mental e reduzem suas possibilidades de resposta.

Nesse contexto, as vulnerabilidades e experiências de sofrimento mental não são apenas fruto de uma exposição aparentemente aleatória a riscos (sociais), mas sim resultado da imposição estruturada e dialética das condições e processos sociais que definem tais experiências. Neste contexto é fundamental reconhecer que o diagnóstico de um transtorno mental, por si só, insere o indivíduo em uma lógica de exclusão e estigma, dificultando seu acesso a oportunidades e recursos. A teoria da interseccionalidade, nesse contexto, contribui ao destacar que as desigualdades em saúde mental não são aditivas, mas sim complexamente entrelaçadas.

À partir das considerações que foram sendo feitas até aqui, argumentamos que a presença de sofrimento psíquico agrava e complexifica o emaranhado de opressões já presentes no laço social. O estigma que historicamente foi sendo aderido à figura de quem foge à norma exige que a compreensão das iniquidades em saúde mental considere as interconexões entre raça, gênero, classe, sexualidade, deficiência e outros marcadores sociais da diferença dentro das dinâmicas de sociabilidade e dos modos de vida em contextos históricos e territoriais concretos.

A interseccionalidade como aliada à prática em saúde mental pública

Paulo Amarante²⁰⁽¹⁹⁾ define a “Saúde Mental” como um campo polissêmico e plural, pois aborda o estado mental dos sujeitos e das coletividades, ou seja, é uma área que se insere em meio a condições altamente complexas, composta por diferentes profissões e áreas do saber aplicado à saúde, de modo que “qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social”. Neste sentido, contribuições oriundas do campo das Ciências Sociais vêm enriquecendo as discussões no campo da Saúde Coletiva e Saúde Mental, assim como podem contribuir na construção de uma abordagem que leve em conta a complexidade na qual os profissionais de saúde mental frequentemente se inserem. Aqui, destaca-se a perspectiva da interseccionalidade aplicada à saúde.

Segundo Hankivsky²⁷, a interseccionalidade fundamenta um paradigma capaz de compreender os seres humanos como moldados pelas interações de diferentes marcadores de diferença, tais como raça/etnia, gênero, classe, origem geográfica, funcionalidade / disfuncionalidade, dentre outros. A abordagem da interseccionalidade não privilegia nenhum tipo de opressão à priori, pois considera que estas interações ocorrem no contexto de um emaranhado de relações de poder e privilégio moldadas pelo colonialismo, imperialismo, racismo, classicismo, homofobia, etc, bem como a partir das experiências dos próprios sujeitos nestas estruturas.

O debate sobre desigualdades sociais e desigualdades em saúde ganha profundidade quando se considera o estigma historicamente associado ao sofrimento psíquico como uma categoria adicional de diferenciação social, que produz efeitos concretos nas experiências dos usuários de saúde mental. Um exame cuidadoso permite perceber como essas categorias interagem e frequentemente se articulam em uma dinâmica interseccional. Por exemplo, um mesmo sujeito pode enfrentar preconceitos e dificuldades de acesso à saúde decorrentes tanto de sua classe social, de raça, quanto de possíveis diagnósticos em saúde mental. Neste sentido, a abordagem da interseccionalidade se apresenta em uma posição privilegiada para interrogar e compreender as diferenças humanas²⁷.

Raça, classe, gênero, idade, funcionalidade / disfuncionalidade, nacionalidade, etnia, religião e outros marcadores são exemplos de categorias de diferenciação que são consideradas em uma perspectiva interseccional. “Categorias de diferenciação social” podem ser definidas²⁸ como construções sociais anteriores à existência dos sujeitos em questão, sendo que estas categorias se articulam produzindo maior ou menor inclusão ou exclusão social, a depender da posição que ocupam nos sistemas de classificação das sociedades, o tipo de controle social exercido sobre eles e a sua margem de ação (agenciamento) dentro do complexo sistema social em que estão incluídos. Neste sentido, no processo de formação das identidades sociais dos sujeitos, os marcadores sociais atuam de forma dinâmica, fluida e flexível; tendo como base contextos históricos particulares, relações situacionais de poder e privilégios, assim como processos estruturais de opressão²⁸.

Importa destacar que em uma perspectiva interseccional, as desigualdades e iniquidades nunca são resultado de fatores únicos distintos que podem ser tomados isoladamente. Pelo contrário, são resultados das intersecções de diferentes lugares sociais, relações de poder e experiências²⁷. Para Hankivsky²⁷:

A interseccionalidade promove uma compreensão do ser humano moldado pela interação de diferentes lugares sociais (por ex: raça/etnia, indigeneidade, gênero, classe, sexualidade, origem geográfica, idade, funcionalidade / disfuncionalidade, status migratório, religião). Estas interações ocorrem dentro de um contexto de sistemas e estruturas de poder conectadas (por ex: legislação, polícia, governos e outras organizações políticas e econômicas, instituições religiosas, mídia). Por meio desses processos, formas interdependentes de privilégio e opressão são criadas pelo colonialismo, imperialismo, racismo, homofobia, capacitismo e patriarcado [tradução nossa].²⁷⁽²⁾

Viveros Vigoya²⁹ apresenta um interessante percurso histórico e epistemológico das ideias que foram levadas ao surgimento da perspectiva interseccional. Segundo informa, o termo

“interseccionalidade” foi cunhado em 1989 pela advogada estadunidense Kimberlé Crenshaw no contexto de discussão de um caso jurídico concreto com o objetivo de tornar evidente a invisibilidade jurídica e as múltiplas dimensões de opressão experimentadas por mulheres trabalhadoras negras da companhia General Motors. Crenshaw sempre destacou a importância prática da noção de interseccionalidade, pois esperava demonstrar que nos Estados Unidos as mulheres negras estavam expostas a violências tanto de raça quanto de gênero, buscando criar categorias jurídicas para enfrentar discriminações em múltiplos e diferentes níveis.

Apesar de ter sido um termo cunhado somente em 1989, a interseccionalidade é uma perspectiva presente há mais tempo em diferentes correntes de pensamento que vinham tecendo críticas contundentes ao pensamento feminista branco burguês e apontando a necessidade de ampliação e reformulação de conceitos para fundamentar uma abordagem que levasse em consideração diferentes níveis de opressão^{29,30}. Há uma perspectiva que argumenta²⁹ que uma dupla afiliação genealógica pode ser imputada à interseccionalidade: nos Estados Unidos, os trabalhos que utilizam a interseccionalidade apresentam uma forte influência do feminismo negro enquanto na Europa a interseccionalidade se vincula melhor com o pensamento pós-moderno. No Brasil e na América Latina, autoras como Lélia Gonzalez³¹ têm desenvolvido, desde a década de 1980, uma vigorosa produção intelectual que articula gênero, raça e classe nos marcos de uma perspectiva interseccional. Já Patrícia Hill Collins³² tem contribuído para consolidar a interseccionalidade como uma teoria social crítica, elaborando uma discussão estrutural sobre diferentes correntes que a compõem^{32,33}.

A interseccionalidade representa uma perspectiva teórico-metodológica²⁸ que possui caráter transdisciplinar e é orientada para a apreensão da complexidade das identidades humanas e suas relações com as desigualdades sociais. A importância da incorporação da perspectiva interseccional nos estudos da área da saúde tem sido defendida por seu potencial de apoio à formulação de políticas de saúde comprometidas com a justiça social²⁸. A proposta de trabalho com as diversas categorias de diferenciação é oferecer ferramentas analíticas para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades. Trata-se de tomar a diferença em sentido amplo para fazer caber as interações entre as mais variadas diferenças presentes em contextos específicos³⁰.

É importante destacar que a perspectiva da interseccionalidade se opõe duramente a uma abordagem aritmética das desigualdades sociais. Numa perspectiva interseccional as vidas humanas não podem ser reduzidas a uma ou outra categoria tomadas isoladamente ou a partir de

um somatório de seus efeitos²⁷ nem podem ser compreendidas como *identidade* individual. A grande contribuição da perspectiva da interseccionalidade tem sido demonstrar que diferentes formas de dominação e opressão são formações históricas e que as relações sociais estão inseridas em experiências concretas que podem ser vividas de formas muito variadas²⁹.

A interseccionalidade, não é apenas um conceito teórico, mas também uma ferramenta prática^{32,33}. Ao comparar as experiências de opressão a um cruzamento de caminhos, ela nos convida a analisar como as diferenças de raça, classe e gênero se entrelaçam, criando experiências únicas e complexas³². “Nesse sentido, a metáfora da interseccionalidade como encruzilhada funciona bem como um mapa mental que incentiva as pessoas a olharem para intersecções particulares com o intuito de orientarem seu trabalho intelectual e prática política”³²⁽⁴⁷⁾. Essa perspectiva nos permite identificar novas formas de poder e resistência, e nos incentiva a buscar soluções que considerem a interconexão dessas diferentes formas de opressão. A consideração pelas intersecções às quais os sujeitos e comunidades estão inseridos permite identificar as desigualdades existentes e desenvolver estratégias para combatê-las.

Em uma prática em saúde mental pública, alinhada com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, interessa que a abordagem dos profissionais seja capaz de atentar-se ao que Lélia Gonzalez³¹ denuncia, a saber, um sistema que transforma diferenças em desigualdades, com sofisticadas e eficazes estratégias de dominação e exclusão no contexto da América Latina como um todo. No Brasil, devido à sua história colonial e escravocrata, as categorias raça, classe e gênero devem receber atenção e a incorporação de um raciocínio clínico informado pode prevenir a reprodução das diferentes lógicas de opressão dentro dos próprios serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Aqui, levar em consideração a história colonial e escravocrata brasileira implica, necessariamente, a valorização de saberes decoloniais e as chamadas epistemologias do sul global, movimento político-intelectual que vem se apresentando cada vez mais presente dentro da própria Saúde Coletiva⁵. Nesse contexto, o pensamento pós-colonial e decolonial de Frantz Fanon, psiquiatra martinicano, pode ser resgatado como uma importante contribuição para a saúde coletiva e a saúde mental pública brasileiras. Embora sua obra tenha sido influente em discussões sobre o racismo e a dominação colonial, e ele seja referenciado por autores como Paulo Freire, sua relevância para a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido historicamente negligenciada. O trabalho de Fanon oferece uma crítica à psicanálise eurocêntrica e destaca a importância da cultura

na compreensão do sofrimento mental. Além disso, suas descrições da "cidade do colonizado" ainda ressoam com a realidade de opressão e violência em grandes metrópoles contemporâneas, como as favelas do Rio de Janeiro. Em suma, o pensamento de Fanon, com sua perspectiva descolonial e antirracista, é uma lente crucial para entender as complexas dinâmicas da saúde mental no Brasil atual³⁴.

No cotidiano do trabalho nos serviços de saúde mental, os profissionais são colocados em contato com trajetórias de vida atravessadas por inúmeros processos de opressão e violações de direitos. Uma prática em saúde mental que se pretende promotora de cidadania deve estar atenta a estes processos, permitindo a rápida identificação das lógicas opressivas em curso e a sua mitigação a partir de ações intersetoriais e de garantia de direitos. Neste ponto, convém resgatar uma advertência feita por Paulo Amarante²⁰:

Mas, sabemos que falar de cidadania e direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto. A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais²⁰⁽⁷¹⁾

Para que seja possível mudar mentalidades, atitudes e relações sociais é necessário um (re)posicionamento. Na prática profissional em Saúde Mental, torna-se premente a assunção de uma postura de contraposição às diferentes lógicas de opressão, que estão presentes e se atualizam nos diferentes espaços da vida social pelos quais nossos usuários transitam, produzindo efeitos que muitas vezes aumentam e agravam seu sofrimento. Com isto, a prática clínica pode potencializar seu papel de fazer falar aqueles que muitas vezes foram silenciados, promovendo a ocupação de espaços de autonomia e cidadania por parte destes e produzindo novos sujeitos e subjetividades.

Dessa forma, o chamado feito por Vieira-da-Silva e Almeida Filho¹ para uma tomada de posição tanto epistemológica quanto política frente a temática das desigualdades em saúde é atualizado por Moreira, Bosi e Soares³⁵⁽²²⁶⁾, que dizem: “e se a palavra do ‘louco’ sempre nos remeteu ao lugar de exclusão, do que está fora, da não pertença, da não-razão (ou des-razão), não sendo, pois, ouvida, ou sendo destituída de legitimidade”, o que se quer é “caminhar na contramão, em linha com a construção de sujeitos ativos, políticos, fundamentais ao exercício da Reforma Psiquiátrica”.

Percebe-se, com isso, a potência das contribuições que foram chamadas para compor a presente discussão. Uma articulação entre os saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental e a perspectiva da Interseccionalidade mostra-se fértil para formular uma prática em saúde

mental pública que considere a complexidade dos processos envolvidos no cuidado ofertado. Assim, ainda que não seja possível, imediatamente, erradicar as diferentes lógicas de opressão embrenhadas no laço social contemporâneo, pode-se contribuir com uma atuação que seja promotora de cidadania e que não negligencie aspectos fundamentais que participam do sofrimento psíquico dos usuários.

Considerações Finais

Ao longo deste trabalho, colocou-se em marcha um esforço para explorar a complexa relação entre o sofrimento psíquico e a determinação social do adoecimento. Para tanto, convidamos saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental e Ciências Sociais, a partir de uma perspectiva interseccional, para dialogar com o campo da saúde. A partir de uma perspectiva interseccional, argumentamos que as iniquidades em saúde mental são resultado da interação de múltiplas formas de opressão e se dão assim como expressam dinâmicas históricas e territoriais específicas.

Nas seções iniciais, demonstramos como as desigualdades em saúde são, na verdade, iniquidades, fruto de processos históricos e sociais injustos. A perspectiva da determinação social do adoecimento proveniente da Medicina Social e Saúde Coletiva Latinoamericana (MS-SC) nos permitiu compreender como as condições de vida, trabalho e as relações de poder moldam os processos saúde-doença-cuidado. Ao aplicarmos essa perspectiva ao campo da saúde mental, evidenciamos a dimensão sociopolítica do sofrimento psíquico e a importância de considerar os contextos históricos e sociais nos quais os indivíduos estão inseridos, onde se moldam os modos de vida, se (re)produzem processos de vulnerabilização e proteção/privilégio a partir das relações de poder historicamente consolidadas e dentro das dinâmicas territoriais (g)loc(b)ais em uma lógica dialética. A interseccionalidade emerge como uma ferramenta analítica fundamental para desvelar as múltiplas camadas de opressão que se entrecruzam e afetam a saúde mental. Ao analisar as experiências de vida de pessoas em sofrimento psíquico, percebemos que as iniquidades sociais se manifestam de forma interseccional, amplificando as vulnerabilidades e as experiências de exclusão.

A prática em saúde mental, alinhada com os princípios da Reforma Psiquiátrica, deve ser sensível às múltiplas formas de opressão e buscar promover a cidadania e a autonomia dos usuários. Neste sentido, a interseccionalidade oferece um caminho para a construção de práticas mais justas

e equitativas, que considerem as especificidades de cada indivíduo e as desigualdades sociais que o atravessam.

Para avançarmos nessa direção, considera-se importante fortalecer a formação dos profissionais de saúde mental, fomentando discussões sobre racismo, homofobia, machismo, classismo, capacitismo e outras formas de opressão, bem como sobre a interseccionalidade e suas implicações para a prática. Aponta-se a necessidade de mais pesquisas que investiguem as iniquidades em saúde mental sob a perspectiva interseccional, a fim de aprofundar o conhecimento sobre o tema e orientar a formulação de políticas públicas.

Contudo, assim como a própria perspectiva da interseccionalidade afiança enquanto teoria social crítica³², o movimento acadêmico precisa sustentar uma articulação com movimentos sociais que lutam por direitos e justiça social, a fim de fortalecer as ações em defesa da saúde mental. Em momento de concluir, a determinação social dos processos saúde-doença e a interseccionalidade se apresentam como chaves para compreender e transformar as iniquidades em saúde mental. Ao adotar essas perspectivas, que lembrando Naomar Almeida-Filho¹⁶, não pretendem ser mais do que perspectivas parciais elas mesmas prontas para serem incorporadas a um corpo teórico capaz de as compatibilizar entre si e as integrar a outras teorias parciais sobre o que é necessário para avançar um esforço frutífero e importante, podemos construir um sistema de saúde mais justo e equitativo, onde todos tenham acesso a cuidados de qualidade e possam exercer plenamente sua cidadania. Neste sentido, vale ressaltar a importância de descolonizar o saber, a produção do saber e a prática em Saúde Mental, valorizando os conhecimentos tradicionais e as experiências de vida dos usuários e promovendo, enfim, uma prática verdadeiramente promotora de autonomia.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica*. 2009;25 Suppl 2:s217-26. doi: 10.1590/S0102-311X2009001400004.
2. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saude Debate*. 2015;39(106):841-54. doi: 10.1590/0103-1104201510600030023.

3. Collins PH. Bem mais que ideias: interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo; 2022.
4. Moisés M. Dicionário de termos literários. São Paulo: Cultrix; 2004.
5. Campos GWS. Semblantes da Saúde Coletiva: tendências e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e220465. doi: 10.1590/interface.220465.
6. Birman J. A Physis da Saúde Coletiva. *Physis*. 2005;15(1):11-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MGJKwBxGS4gZjRMtNMFQ8md/?lang=pt>
7. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(7):2097-108. doi: 10.1590/1413-81232017227.02742017.
8. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
9. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSCD. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saude Debate*. 2018;42(117):175-86. doi: 10.1590/0103-1104201811714.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45. doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN.
11. Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1991.
12. Almeida-Filho N. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colect*. 2020;16:e2751. doi: 10.18294/sc.2020.2751.
13. Borde E, Ferreira KMS, Morais LM. Determinação social da morte: sobre a vulnerabilização e inviabilização de vidas, necropolítica e indiferença. *Rev ACENO*. 2024;11(25):e17677. doi: 10.48074/aceno.v11i25.17677.
14. Hernández-Álvarez M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. In: Eibenschutz C, Tamez S, González R, editores. *¿Determinación social o determinantes sociales?* México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011. p. 145-62.
15. Borde E, Hernández-Álvarez M. Fractured lives in fractured cities: Towards a critical understanding of urban violence in the context of market-driven urban restructuring processes in Bogotá and Rio de Janeiro. *Soc Sci Med*. 2022;298:114854. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.114854.

16. Almeida Filho ND. Epidemiologia no Pós-Pandemia: de ciência tímida a ciência emergente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2024.
17. Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
18. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Publica. 2013;31 Suppl 1:S13-27.
19. Amarante P, Torre E. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da Indústria de Medicamentos na produção de saber e políticas. In: Amarante P, Whitaker R, editores. Desmedicar: a luta global contra a medicalização da vida. São Paulo: Zagodini Editora; 2024. p. 71-82.
20. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
21. Furtado VC. Determinação social da esquizofrenia: fundamentos ontológicos para o desvendamento do desenvolvimento da esquizofrenia [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2024.
22. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília; 1988 [citado 2024 Mar 1]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
23. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
24. Arbex D. Holocausto Brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial; 2013. 255 p.
25. Foucault M. História da loucura: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 2007.
26. Amarante P, Cruz LB. Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: LAPS; 2008.
27. Hankivsky O. Intersectionality 101. The Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU; 2014.
28. Couto MT, Oliveira E, Separavich MA. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. Salud Colect. 2019;15:e1994. doi: 10.18294/sc.2019.1994.
29. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Feminista. 2016;52:1-17. doi: 10.1016/j.df.2016.09.005.

30. Piscitelli A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Soc Cult.* 2008;11(2):263-74. doi: 10.5216/sec.v11i2.5247.
31. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rios F, Lima M, organizadores. Rio de Janeiro: Zahar; 2020.
32. Collins PH. Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo; 2022.
33. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2020.
34. Sevalho G, Dias JVS. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. *Cienc Saude Colet.* 2022;27(3):937-46. doi: 10.1590/1413-81232022273.42612020.
35. Moreira DJ, Bosi MLM, Soares CA. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG, editores. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ - ABRASCO; 2016. p. 215-30.

APÊNDICE B

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa De Pós-Graduação Em Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Itinerários Terapêuticos de usuários da Saúde Mental no Distrito Sanitário de Vargem das Flores: um estudo interseccional”. O projeto busca analisar os itinerários terapêuticos de pessoas com histórico de sofrimento psíquico e que estão em acompanhamento em saúde mental na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores, município de Contagem-MG, buscando compreender melhor o processo saúde-doença a partir da interseccionalidade.

O projeto é desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Redes Assistenciais, Desigualdades Sociais e Atenção Primária à Saúde” no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG e engloba uma dissertação de mestrado. Neste momento estamos realizando uma entrevista com informantes-chave que possam contribuir contando suas experiências de adoecimento e procura por tratamento na rede de atenção psicossocial de Vargem das Flores. Assim, o(a) sr(a) é convidado a participar de uma entrevista que pode ter uma duração de aproximadamente 45 minutos.

O(A) senhor(a) não receberá remuneração financeira para participar do estudo e não terá gastos adicionais com a entrevista. O(A) senhor(a) pode desistir ou interromper sua participação no estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Em caso de desistência, seus dados não serão utilizados em nenhum estágio do projeto.

Para possibilitar a sua participação será necessário que confirme seu consentimento assinando o presente documento, o qual esclarece os procedimentos que serão desenvolvidos durante a coleta de dados da pesquisa e também detalha os aspectos éticos requeridos pela Resolução do Ministério da Saúde MS/CNS 466/2012.

A pesquisa envolve riscos mínimos que podem ser devido a cansaço, desconforto emocional ou algum constrangimento durante a entrevista. O(A) senhor(a) poderá recusar-se a responder as perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza. No entanto, a equipe responsável é capacitada e atenta para minimizar tais desconfortos. Gostaríamos de ressaltar ainda que se o(a) sr(a) vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no registro de consentimento, o(a) sr(a) terá direito a apoio e assistência integral para minimizar ou dirimir o dano. Esclarecemos ainda que o(a) senhor(a) poderá ser indenizado pelos danos decorrentes da pesquisa, nos termos da Lei e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Os benefícios para os participantes são a participação e a reflexão sobre o tema que visa aprimorar os conhecimentos sobre a assistência em saúde mental no território. Poder falar e partilhar aquilo que é vivido geralmente é associado a sensações de alívio e relaxamento. Além disso, de forma coletiva, sua participação pode ajudar a equipe de pesquisa a aprender mais sobre como se dão os itinerários terapêuticos de pessoas que tenham apresentado intenso sofrimento psíquico na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores, município de Contagem-MG.

Sua identidade não será divulgada nos materiais de pesquisa e será mantida em sigilo pelos pesquisadores, tanto em apresentações quanto em materiais escritos. A participação do(a) senhor(a) é fundamental, no entanto, é de caráter voluntário.

Confidencialidade: Os pesquisadores garantem que toda a informação é considerada CONFIDENCIAL e que a sua identificação será codificada e mantida como informação sigilosa e não será divulgada. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem identificação individual.

Os dados coletados nesta pesquisa serão armazenados em computadores protegidos por senha ou em servidores seguros, também serão armazenados por um período de 5 anos, para que o participante possa decidir livremente sobre sua participação e sobre o uso de seus dados no momento e no futuro (Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 28º, Inciso IV). Posteriormente, esses dados serão destruídos de acordo com os padrões éticos da UFMG.

Em caso de dúvida, o(a) sr(a) poderá entrar em contato com a coordenação da pesquisa. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da UFMG, órgão responsável pela avaliação ética de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, para esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos. O COEP tem como objetivo proteger os direitos, segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa. Desta forma, busca garantir que as investigações científicas sejam conduzidas de acordo com princípios éticos e regulamentações nacionais e internacionais.

A assinatura deste registro de consentimento indica que o(a) sr(a) compreendeu as informações referentes à pesquisa e que o(a) sr(a) aceita participar. Todas as vias deste registro devem ser rubricadas pelo participante e pesquisador. Este registro de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá com o pesquisador responsável e a outra com o(a) senhor(a).

Nome Completo:			
Data de Nascimento:		Nº Identidade:	
Telefone:		Endereço:	

Considerando as instruções e dados fornecidos acima, DECLARO que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e CONCORDO em participar voluntariamente, assim como AUTORIZO a gravação em áudio da entrevista realizada apenas para transcrição posterior do conteúdo de minhas falas.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data (Cidade, dia mês e ano) _____, _____ de _____ de 20____.

Contato da Coordenação de pesquisa:
Dra. Elis Mina Seraya Borde, na Faculdade de Medicina da UFMG, na Av. Alfredo Balena, 190, 7º andar ou pelo telefone (31) 3409-9100.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais:
Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade administrativa II, 2º andar, sala 2005 - Pampulha - Belo Horizonte/MG ou pelo telefone (31) 3409-4592.

APÊNDICE C

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa De Pós-Graduação Em Saúde Pública

INSTRUMENTO DE PESQUISA

- 1) Eu gostaria de conhecer a sua história desde que você começou a ter um sofrimento mental e saber como buscou ajuda para cuidar deste problema:
- 2) Quero pedir que me conte um pouco mais sobre pessoas, lugares, grupos e serviços que te auxiliaram neste processo e dos quais você obteve suporte:
- 3) Agora eu gostaria que me contasse mais sobre coisas que acredita que ajudaram e / ou atrapalharam o processo de procurar cuidado e tratamento em saúde mental:
- 4) Me ajude a completar estes dados:

ENTREVISTA N°:		IDADE:	
RAÇA (autodeclarada):		RAÇA (heteroidentificada):	
GÊNERO:		ORIENTAÇÃO SEXUAL:	
NATURALIDADE:		ESCOLARIDADE:	
OCUPAÇÃO:		RENDA FAMILIAR:	
ORIGEM DA RENDA:		RENDA PER CAPITA:	
QUEM GERE OU CONCENTRA A RENDA?		QUEM PODE ACESSAR A RENDA?	
ZONA	Rural	Urbana	RELIGIOSIDADE:
BAIRRO DE RESIDÊNCIA:			

- 5) Na pergunta anterior, você se descreveu como _____. (Exemplo, uma mulher trans de baixa renda). Quero te convidar a pensar se estas características pessoais tiveram algum papel ou influência em seu percurso de tratamento em saúde mental. O que pode me dizer sobre isto?

APÊNDICE D

TRANSCRIÇÃO DAS ANOTAÇÕES DO PESQUISADOR EM DIÁRIO DE CAMPO

29/01/2025

Início a coleta de dados ao disparar uma mensagem / convite para todos os médicos e enfermeiros de Vargem das Flores via WhatsApp para levantar sugestões de possíveis participantes para a pesquisa.

30/01/2025

O silêncio nos grupos e o fato de nenhuma sugestão ter sido feita me faz pensar que talvez precisasse colocar em prática outras estratégias.

31/01/2025

Faço o envio de uma mensagem direta e mais pessoal para os 02 psiquiatras do Distrito Sanitário de Vargem das Flores.

Dra Sam (nome fictício) me responde com 05 primeiras indicações.

Faço contato com a técnica de enfermagem do Tupã (Graça, nome fictício) que ferere que seria melhor tentar contato por WhatsApp. Apesar do meu pedido, Graça não fornece números de telefone para além daqueles do prontuário. Demonstra iniciativa para indicar mais pacientes. As 05 primeiras indicações são do bairro Tupã.

08/02/2025

ENTREVISTA (1)

Estive ansioso com a coleta de dados. Cheguei ao endereço com quase 15 minutos de antecedência. Em princípio, não conseguia localizar o número correto da casa em que eu faria minha primeira entrevista. Me vejo em uma rua desconhecida, sem movimento, notando alguns olhares das poucas pessoas que estavam na rua. Pela primeira vez senti medo e me dei conta que minha ida à campo aos sábados, sozinho, sem ACS e no meu próprio carro implica algum risco para mim.

Quando ligo para o entrevistado, descubro que ele estava dormindo: eu havia esquecido de ligar confirmando a entrevista (como ele havia me pedido).guardo alguns minutos e ele vem ao portão me receber. Me deparo com um homem branco, alto, bastante magro e de olhos azuis. Na primeira interação, ele tenta checar minha identidade, me pergunta se eu trabalho na prefeitura, faz algumas perguntas pessoais para saber mais ou menos quem eu era (idade, se é casado). Assumo uma postura tranquila e respondo a tudo com bastante honestidade. Neste momento, estar em posse de um crachá de trabalhador de Contagem e uma carteirinha de estudante da UFMG me permitiu provar ser quem eu era. Tranquilizado, Manuel Ramos me leva para a cozinha de sua casa, oferece café e água, conta que se separou da esposa ano passado e desde então mora sozinho e de aluguel.

A entrevista transcorre com bastante naturalidade. Um discurso repleto de detalhes e desvios aparentes chama a atenção. Me interesso por tudo e senti certa dificuldades em fazer cortes. O registro total do áudio ficou com mais de 1 hora.

O encontro com Manuel me fez notar que seria importante adicionar uma questão sobre “naturalidade” ao formulário de dados sociodemográficos.

08/02/2025

ENTREVISTA (2)

Chego à casa de Rita com quase 30 minutos de atraso. A entrevista anterior havia se estendido e em pouco tempo eu teria uma terceira entrevista, me percebo apressado.

Rita já estava em frente de sua casa acompanhada de uma sobrinha (de quem é cuidadora). A sobrinha, apesar de adulta, aparenta ter algum déficit cognitivo. Rita me conduz até a cozinha de sua casa e conversamos frente a frente, sentados em duas cadeiras. A casa é muito simples, com um visual repleto de plantas e animais que fazem sentir que estamos em um sítio, com o terreiro em chão batido e alguns improvisos na construção.

Percebo Rita algo desconfiada, me apresento e mais uma vez mostro “as credenciais”, o que tranquiliza.

No começo da entrevista, percebo que a pressa estava atrapalhando a minha escuta. Me reposiciono e decido escutar com calma e atenção. Venho a descobrir um interesse extraordinário no relato de Rita, que me conta sobre sua posição de não confiar no SUS e preferir cuidar de suas dores e sofrimentos com chás, ervas, acupuntura e outros conhecimentos tradicionais.

A entrevista foi tão rica que pedi para conversarmos uma segunda vez. Nosso encontro me fez pensar em inserir uma questão sobre “escolaridade” no formulário de dados sociodemográficos.

Também me dei conta que minha posição de trabalhador da rede tem tido efeito direto na possibilidade de acessar esses sujeitos.

08/02/2025

TENTATIVA

Mesmo atrasado, insisto em tentar realizar a terceira entrevista do dia. Não encontro, porém, o endereço da pessoa pelo GPS. Faço contato telefônico por três vezes e não sou atendido. Opto por suspender a entrevista e ligar novamente depois.

Descubro que talvez 02 entrevistas por sábado sejam o meu limite possível para o momento.

12/02/2025

CONVERSA COM ENFERMEIRAS DO TERRITÓRIO

Na data de 12/02, após articulação com a RT Distrital Bruna, participo da reunião bimestral que acontece com todas as enfermeiras do território. Tenho espaço para me apresentar àquelas que não conheço, falar sobre minha pesquisa, seus objetivos e procedimentos, assim como pedir que façam a indicação de possíveis entrevistados.

Percebo grande interesse no tema, com falas de incentivo e pedidos para que eu apresente depois os resultados e transmita o conhecimento adquirido.

15/02/2025

ENTREVISTA (3)

Na data acima referida, após contato telefônico e um pedido de desculpas, consigo reagendar e realizar a entrevista que havia falhado no primeiro sábado. No telefone, Cármen deixa escapar que aceitaria tentar de novo porque estava “precisando muito”.

Na manhã do dia marcado, novos desencontros: ela não estava no ponto de encontro combinado e os telefones não atendiam. Pergunto sobre ela em uma mercearia e ninguém conhece.

Dou o endereço e tentam me ensinar a chegar. Ando pelas ruas do bairro Tupã até que ela me atende. Combinamos de nos encontrar em uma rotatória.

Quando finalmente nos encontramos, a cumprimento e mais uma vez me desculpo pelos desencontros. Percebo que ela está ofegante: havia ido correndo para me encontrar. Percebo que ela não me convida para ir até sua casa e proponho de conversarmos em frente ao posto de saúde, que estava fechado por ser sábado.

Ali falou por uma hora e meia. Latidos de cachorro algumas vezes atrapalham. A pressão para falar era tanta que começou a me contar sua história tão logo me apresentei e falei sobre a pesquisa. Percebo sua demanda de escuta e combino com ela de lermos e assinarmos o TCLE após conversarmos, garantindo, oralmente, que ela me autorizava a gravar nossa conversa.

Deprimida, chorosa, me conta a história de uma vida sofrida e cheia de perdas. Algumas vezes tenho a sensação de que o discurso visava mais aliviar a angústia, ficando em dúvida se respondia ao que lhe era perguntado.

Assumo uma postura mais livre, escutando, acolhendo e reformulando as perguntas de forma a percorrer o roteiro com maior fluidez enquanto ela podia falar sem ser interrompida. Aos poucos, percebo que ao seu modo estava sim respondendo as perguntas e fico mais tranquilo.

Em dado momento, somos interrompidos por um passante que pede para ler um versículo da Bíblia para nós. Minha entrevistada rapidamente autoriza (ela própria é evangélica). Após ler o primeiro, percebendo que escutamos, pede para ler outro e neste ponto é ela que agradece e sinaliza que estávamos conversando e voltaríamos à nossa conversa.

Ao final da entrevista, reafirmo meu lugar de pesquisador, mas convido-a para uma nova conversa. Em partes, sinto que quis ofertar mais uma escuta. Em partes, me interessei pelo seu percurso na rede, ordenado pela atenção secundária.

22/02/2025

ENTREVISTA (4)

Em 22/02/2025 realizo a quarta entrevista de minha pesquisa. A experiência foi muito forte, demoro dias até conseguir sentar para escrever o relato no diário de campo (escrevo somente em 27/02/2025).

Marquei a entrevista em um local público (CÉU das Artes). Quando chego, ligo para a entrevistada avisando que tinha chegado. Até ali, só tinha chamado a atenção o aceite dela com poucas palavras e sem pedir muitas explicações de mim.

A praça estava movimentada, me sinto estrangeiro ali, deslocado. Alguns meninos sentam perto de mim para fumar, me pego sentindo medo. Passam duas pessoas conhecidas e eu cumprimento, momento em que me sinto mais seguro.

Quando a entrevistada chega, me chama a atenção um olhar estranho, parecia disposta a matar ou morrer, sinto um cheiro em seu hálito que não pude identificar se era a exalação de álcool ou cuidados prejudicados com a saúde bucal.

Rapidamente me apresento, faço falas para tentar tornar a situação ali esclarecida. Ela diz que não precisava ler o TCLE, diz que se eu quisesse nem precisava ocultar seu nome (quando insisto e explico verbalmente as informações do TCLE).

Quando começa a falar, eu faço uma compreensão melhor do que parecia ser uma atitude de não se importar: a entrevistada desenvolveu um quadro depressivo após um acidente de moto que a fez precisar de inúmeras cirurgias no pé e no joelho, de modo que desde então sente vontade de morrer todos os dias.

Me vi diante de alguém que não temia a morte, não temia qualquer negatividade que acontecesse com ela e, pelo contrário, parecia desejar.

Me peguei discordando das condutas do CAPS, me angustiado com o encontro, desejando por ela que ela vivesse. Pela segunda vez, uma berlinda: como pesquisador, bastava ouvir, como psicólogo eu queria intervir, ajudá-la a organizar melhor seu tratamento.

Se essas anotações tiverem um espaço no relatório de pesquisa, talvez eu precise falar sobre esses impasses que me colocaram a trabalho.

15/03/2025

ENTREVISTA (5)

Após uma remarcação justificada (a esposa teve uma consulta), realizo a quinta entrevista com um homem que me foi indicado e apresentado pela psiquiatra da Unidade Básica de Saúde.

Percebo que a situação de ter sido apresentado presencialmente à ele por alguém de sua confiança me permite uma abordagem mais tranquila e assegurada. Antes mesmo da entrevista, já aprendo com o campo e seus acontecimentos.

Quando nos conhecemos, agendamos a entrevista em data quase 03 semanas adiante porque ele teria compromisso antes disso (receberia visita) e também havia o feriado de carnaval em início de Março. Com o pedido de remarcação, tive medo da oportunidade se perder.

Porém, uma vez remarcado, Fagner me encontrou pontualmente na “Praça do Coreto” na data agendada. Percebo que a praça escolhida, justamente por ser central, era também cheia e barulhenta, com muitos ruídos de trânsito e pessoas circulando, o que tornou um pouco mais difícil encontrar um lugar tranquilo para conversarmos.

Percebo rapidamente uma demanda de escuta e o relato de frustrações com tentativas de acompanhamento psicológico no passado. Explico os fluxos da pesquisa e noto boa compreensão e confiança no processo. Quando começo a gravar, me deparo com a história de um adoecimento psíquico extremamente ligado a questões sociais mais amplas: o capitalismo moderno, a violência, o machismo e seus efeitos na subjetividade dos homens. Percebo que as duas orientações recentes me ajudaram a operar de forma mais advertida, de modo que exploro melhor aspectos interseccionais envolvidos.

Ao final da entrevista, fico com a impressão de que havia um sentimento mútuo de gratidão: eu por ter realizado uma rica entrevista; ele por ter alguém disposto a ouvir sua história com atenção. Fagner chega a fazer uma brincadeira sinalizando desejo de conversar novamente e me manda mensagem de agradecimento depois de feita a entrevista.

18/03/2025

ENTREVISTA (6)

A entrevista com Isabela foi marcante de diferentes formas. Logo nos primeiros contatos por WhatsApp ela se recusa a se encontrar comigo em uma praça em um sábado. Diz “desculpe, já passei por muitas coisas, não consigo confiar, principalmente em homens”. Diante disso, quando propus de nos encontrarmos em seu posto de saúde em uma terça-feira, ela fica mais segura e aceita.

Quando ela chega e nos conhecemos, por quase 15 minutos faço falas e explicações sobre a pesquisa e seu contexto, sobre a forma de abordagem dos participantes e tudo mais, como tentativas de apaziguá-la. Com a leitura detalhada do TCLE e minhas explicações, ela aceita participar da pesquisa quando informo que ela poderia se recusar a responder qualquer uma das

perguntas ou mesmo desistir de participar. Apesar do aceite, percebo que ela não abandona em momento nenhum a postura desconfiada.

Quando começa a falar, finalmente compreendo: trata-se de uma mulher negra que convive com a violência e já foi violentada das mais diferentes formas desde a infância. Para ela, homens são violentos, mentirosos e traiçoeiros.

Enquanto ela me contava a história das violências sofridas, eu me arrepiava, sentia no corpo uma revolta com os abusos e absurdos, assim como a impunidade de seus agressores. Gênero e raça parecem estar envolvidos no difícil emaranhado de opressões que foram sofridas.

22/04/2025

ENTREVISTA (7)

Rúbia foi indicada por Sam após eu ter feito um pedido por “casos que foram graves” e por “pessoas negras”, “pessoas trans”, “pessoas com alguma deficiência”.

O contato inicial foi difícil. O telefone do prontuário não funcionava, fui até a UBS e com ajuda de uma ACS localizei um telefone que funcionava. Liguei algumas vezes até conseguir falar com Rúbia, a filha atendia e dizia que a mãe estava trabalhando, que ela trabalha “dia sim, dia não”. Certa vez, Rúbia me atende, me apresento e proponho entrevista na UBS em horário comercial. Rúbia diz que não poderia porque nesse dia estaria trabalhando mas não recusa a entrevista e eu combino de ligar de novo. Foram preciso mais duas tentativas para eu conseguir falar com ela e, na manhã de 22/04, quando liguei ela estava de folga, propus na parte da tarde na UBS e ela aceitou.

Rúbia chega pontualmente. Me deparo com uma mulher negra com tranças, alta, grande e forte. Durante a entrevista, relata uma grave crise psiquiátrica ocorrida há 10 anos, com alucinações e alterações no humor, tendo sido internada em hospital psiquiátrico na época.

Traz relatos de ter sido agredida por funcionários durante a internação, contudo, só faz uma associação com racismo após a quinta pergunta da entrevista, lembrando que durante a agressão uma das funcionárias fez ofensas racistas.

Enquanto me narra as agressões, Rúbia percebe minha reação e pergunta: isso te deixa triste? Achei interessante ela prestar atenção em como o relato me afetava.

30/04/2025

ENTREVISTA (8)

Cláudio me foi indicado por duas pessoas diferentes: psiquiatra Sam e técnica de enfermagem Graça. Na primeira vez, em 31/01/2025, o telefone que consegui via prontuário não funcionou. Na segunda vez, Graça e a equipe da UBS me fornecem um telefone que funcionava. Aproveito e peço para avisarem a ele que eu iria entrar em contato.

Quando fiz contato, Cláudio aceitou prontamente o convite. Marcamos na UBS e assim foi. No primeiro contato, me chama a atenção a forma como ele concordava com tudo e acenava positivamente com a cabeça fazendo gestos bruscos. Sua forma de gesticular me faz pensar: ele está sedado? Serão estes traços aqueles que dizem de um tratamento longo com medicação psicotrópica? Quando começa a falar, fala muito baixinho e só aumenta o tom conforme foi ficando mais à vontade. Me surpreendo: Cláudio é um homem gay de 52 anos que convive com o HIV e sofreu preconceitos a vida toda. Seu sofrimento psíquico foi descrito como associado ao preconceito e marginalização sofridos. Formou-se em pedagogia e trabalhou e teve “crises existenciais” durante toda a sua trajetória.

Chama a atenção um itinerário terapêutico com passagens pontuais por diferentes serviços, mas poucos momentos de vínculo.

A dificuldade de se vincular aparece em todo o relato, mas parece dizer também dos serviços de saúde.

Quando responde ao formulário de dados sociodemográficos, descreve-se como indígena. Perguntado, explica que sua mãe lhe contou que ela tinha ascendência indígena de uma etnia de Minas Gerais e que, tendo eles morado no estado de Rondônia, tanto ele quanto a mãe se identificaram muito com a cultura indígena.

Após a entrevista, quando ele sai da sala em que conversamos, percebo que ele tem uma alteração física nas duas pernas e joelhos e anda com dificuldades. Pergunto para a equipe da UBS e eles me confirmam que de fato ele tem uma deficiência física, apesar de não saberem indicar de qual tipo.

Me pego pensando sobre as camadas de sofrimento vivenciadas: gay, não branco, deficiente físico, HIV + e com sofrimento mental.

30/04/2025

ENTREVISTA (9)

Keren me foi indicada por um psiquiatra do território que falou sobre minha pesquisa para ela, de modo que na ocasião do meu contato o aceite foi facilitado. Por exemplo, Keren aceitou marcar a entrevista para o mesmo dia.

A história de vida é muito triste, mas percebo que a capacidade de informar é restrita. Há certa pressão para falar e Keren se perde no próprio relato, sem conseguir seguir uma linha cronológica bem definida. Chora em mais de um momento do relato, de modo que percebo não ser adequado aprofundar algumas questões. Em dado momento, faço o entendimento de que ela iria contribuir apenas na medida em que ela conseguisse.

Segundo seu psiquiatra, seu diagnóstico é de autismo. Fala sobre a descoberta do diagnóstico com uma mistura de sentimentos: tristeza, pesar, alívio, compreensão e construção de um sentido.

Um ponto central deste relato diz sobre a vivência de ter sido silenciada a vida toda por familiares que chamavam-na de “doída”.

Percebo que opressões de gênero e classe também operaram, apesar da própria entrevistada negá-los.

03/05/2025

ENTREVISTA (10)

Antônio Carlos me foi indicado após alguns pedidos diretos meus para profissionais dos postos de saúde para indicar possíveis entrevistados. Antes do meu contato, as próprias equipes lhe falaram sobre minha pesquisa, o que facilitou o aceite.

Mesmo assim, tão logo enviei mensagem, ele me ligou por chamada de vídeo, quase como se confirmasse quem eu era.

Foi uma das entrevistas mais interessantes que eu fiz. Marcamos em um sábado em frente ao seu posto de saúde e lá estava ele. Antônio é um homem negro esquizofrênico morador da zona rural da periferia com passagem por hospital psiquiátrico. O modo simples de concatenar as ideias é característico de seu histórico de adoecimento. Interessante que o adoecimento psíquico não coloca obstáculo para invenções práticas para articular o próprio tratamento: mantém um cadastro ativo em determinado Centro de Saúde de Belo Horizonte, fazendo uso das consultas de

psicologia e psiquiatria da Capital e recorrendo à rede de Contagem somente quando esta é mais conveniente.

A falta de acesso a direitos civis aparece como elemento vulnerabilizar: o Estado cortou sua aposentadoria por invalidez de maneira inesperada, o que trouxe prejuízos para o seu sustento. Chama a atenção que Antônio não sabia ou não conseguia se articular juridicamente para reverter tal situação como, por exemplo, procurar ajuda do CRAS, orientação jurídica ou petição para tentar reverter a situação.

Percebo o conjunto de marcadores da diferença operando a todo vapor, oprimindo, excluindo e vulnerabilizando. Mais que isso, percebo o sujeito resistindo, sobrevivendo, não sem ser marcado pelos processos aos quais é submetido.

Quando, ao final da entrevista, Antônio Carlos conta que cresceu em um lar com muita violência do pai para com todos, foi como se eu já soubesse que esse tipo de experiência estaria presente.

**ANEXO I -
APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL NO DISTRITO SANITÁRIO DE VARGEM DAS FLORES: UM ESTUDO INTERSECCIONAL

Pesquisador: Elis Mina Seraya Borde

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84430324.8.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.333.458

Apresentação do Projeto:

Trata-se estudo qualitativo, com o objetivo de compreender os itinerários terapêuticos de pessoas que tenham apresentado intenso sofrimento psíquico e estejam em acompanhamento psicossocial na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores. A coleta dos dados ocorrerá por meio de entrevistas narrativas a serem gravadas em áudio e transcritas em seguida. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas narrativas com usuários de saúde mental de Vargem das Flores conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, com a proposta de realização de uma Visita Domiciliar caso o participante aceite e fique confortável com a ideia, ocasião na qual registros em diário de campo servirão enquanto instrumentos complementares para os dados coletados nas entrevistas. O início da presente pesquisa será marcado por um momento inicial com cada uma das 17 Equipes de Saúde da Família (ESF) do território de Vargem das Flores. Nesta oportunidade, será possível apresentar para a ESF, representada pela figura da(o) médica(o) ou enfermeira(o), os objetivos desta pesquisa, procedimentos e resultados esperados. Logo neste momento inicial, os autores solicitarão às equipes que façam a sugestão de pessoas que tenham apresentado intenso sofrimento psíquico neste ou nos últimos 03 anos e que, atualmente, estejam em acompanhamento psicossocial na atenção básica. A partir das sugestões feitas pelas equipes, o passo seguinte será um contato telefônico com as pessoas indicadas, de modo que seja possível verificar se elas realmente atendem a todos os critérios de inclusão para serem

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.333.458

inseridas na amostra e, caso não atendam ou mesmo apresentem um dos critérios de exclusão, serão solicitadas novas sugestões às equipes até que se atinjam as balizas de amostragem desta pesquisa. A amostragem desta pesquisa será do tipo intencional. Dessa forma, tanto na seleção dos participantes no momento da indicação feita pelas equipes, quanto na composição final da amostra do estudo, haverá uma intencionalidade de que estejam presentes entre os participantes da pesquisa pessoas brancas e negras, residentes em área rural e em área urbana, pessoas com e sem suporte familiar, pessoas que sejam cisgênero e também pessoas transgênero, adultos jovens, de meia idade e também idosos. Esta escolha justifica-se pelo paradigma interseccional que fundamenta a abordagem do estudo, de modo que a própria escolha dos participantes contribuirá para atingir os objetivos a que se propõe, de maneira alinhada com seus pressupostos teórico-metodológicos. O fechamento amostral será definido por saturação, considerando o objeto e objetivos da pesquisa (Fontanella, Ricas e Turato, 2008). Já durante o primeiro contato telefônico com os potenciais participantes da pesquisa, serão fornecidas orientações iniciais e esclarecimentos sobre a pesquisa e seu funcionamento, de modo a convidá-los para um encontro presencial com hora marcada e preferencialmente em modalidade de Visita Domiciliar (VD). No caso de preferência do próprio participante, o encontro presencial pode acontecer em lugar alternativo ao seu domicílio, tal como uma praça ou parque público. Dessa forma, em dia, local e hora previamente acordados, serão apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa, sua metodologia e procedimentos, bem como os riscos e benefícios da participação. Também será assegurado o sigilo das informações fornecidas e a independência entre entrevista e o processo de acompanhamento em saúde mental. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE, ver "Apêndice A") será apresentado e eventuais dúvidas serão esclarecidas, de maneira que, com a aceitação dos participantes, o RCLE será assinado em duas vias e se passará à coleta de dados. O principal instrumento de coleta de dados desta pesquisa será a Entrevista Narrativa, a ser gravada em áudio com o consentimento dos participantes por meio de um smartphone. A análise dos dados da pesquisa será realizada por meio da técnica de Análise Temática Reflexiva e será orientada pela perspectiva da interseccionalidade aplicada à saúde.

Hipótese: As inquietações que deram origem à presente pesquisa surgiram a partir da prática na rede de saúde mental de Vargem das Flores. No cotidiano do trabalho clínico, observou-se que características muito peculiares desse território participam de uma atenção psicossocial que se faz em meio a um contexto realmente desafiador, o que salienta a importância de compreender melhor os itinerários terapêuticos que se desenvolvem neste distrito sanitário

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.333.458

tendo em consideração diferentes elementos que participam desse processo social complexo. No trabalho em saúde mental neste contexto, observa-se que a exclusão do acesso aos bens, serviços e aos dispositivos de cuidado não ocorre sem efeitos naqueles que são objeto dos processos de exclusão e segregação. Neste sentido, a reflexão acerca das desigualdades em saúde, a insistência na cidadania da pessoa em sofrimento psíquico e o questionamento do estigma social historicamente atrelado à loucura têm contribuições reforçadas. Dessa forma, considera-se que os resultados desta pesquisa serão enriquecidos pelo estudo dos itinerários terapêuticos e pelos aportes provenientes da perspectiva interseccional aplicada à saúde. Destaca-se que no contexto brasileiro contemporâneo os profissionais de saúde têm encontrado inserção em contextos marcados por desigualdades sociais e iniquidades em saúde. Diante disso, a produção de conhecimento acadêmico sobre processos complexos como os itinerários terapêuticos e o sofrimento psíquico em um território vulnerável pode ter efeitos diretos na formação de novos profissionais; e indiretos na vida das pessoas que vierem a acessar as ações em saúde melhor qualificadas para uma atenção mais integral, contextualizada e que considere as desigualdades em saúde. Além disso, uma investigação que toma por objeto os itinerários terapêuticos de usuários de saúde mental de um distrito sanitário avaliado como vulnerável pode vir a produzir, senão efeitos de mudança, possibilidades de avaliação e perspectiva de intervenção futura. Desse modo, ao levar em conta as redes formais e informais dos sujeitos da pesquisa, assim como o território para além de sua acepção geográfica, considera-se que a presente proposta de pesquisa pode ter papel importante na elaboração de novas estratégias de cuidado em saúde mental. Por fim, o presente estudo pode vir a se configurar como um ponto de partida para realização de novas pesquisas e pode colaborar na reflexão acerca das políticas de assistência à saúde mental em situações sociais desafiadoras, contribuindo com a comunidade acadêmica e para maior acúmulo de conhecimento no campo da Saúde Pública, Saúde Mental e das Políticas Assistenciais em Saúde.

Critérios de inclusão: Serão convidadas a fazer parte da pesquisa pessoas adultas (18 anos completos ou mais) e consideradas legalmente capazes, que tenham apresentado um quadro de intenso sofrimento psíquico neste ano de 2024 ou nos 03 últimos anos (2023, 2022, 2021) e que, no momento presente, estejam em acompanhamento psicossocial na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores. A escolha por abordar somente usuários cujo tratamento está sendo protagonizado pela Atenção Básica se dá por dois motivos: a) o caráter ordenador e de porta de entrada que a Atenção Básica possui em meio a toda a Rede de

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.333.458

Atenção à Saúde; b) a proximidade da atenção básica com o território e as condições concretas de vida das pessoas, contribuindo na avaliação dos efeitos das desigualdades sociais e barreiras de acesso ao cuidado e do estigma associado a estes pacientes. O critério de gravidade contido na expressão "intenso sofrimento psíquico" será dado tanto pela permanência e persistência do sofrimento quanto pelo prejuízo que trouxe para a funcionalidade, sociabilidade e/ou as atividades cotidianas, ou seja, o sofrimento psíquico é considerado intenso quando ocorre prejuízo nas relações sociais, nas atividades de vida diária, ocorre prejuízo no autocuidado, ou ainda, percebe-se que em situações de crise o usuário coloca em risco a ele mesmo ou a outras pessoas (Schinnar, Rothbard & Kanter, 1990, Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi et al., 2000). A seleção dos participantes ocorrerá da seguinte forma: as 17 Equipes de Saúde da Família de Vargem das Flores serão abordadas por um dos autores do estudo, de modo que serão apresentados os objetivos da pesquisa e critérios de inclusão na amostra, momento no qual será solicitado às próprias equipes que indiquem usuários de saúde mental que estejam acompanhando para participar do estudo. Assim, após uma conferência se o sujeito apontado pela equipe preenche os critérios de inclusão e não apresenta nenhum dos critérios de exclusão, será feito o convite para a entrevista narrativa e ocorrerá um primeiro contato presencial com o entrevistador, no qual serão esclarecidos os procedimentos da pesquisa e apresentado o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Somente com o aceite do usuário ele irá compor a amostra da pesquisa.

Critérios de exclusão: Serão excluídos desta pesquisa aqueles sujeitos que, no momento da coleta de dados, estiverem em uma crise psiquiátrica e/ou estiverem em uma modalidade de tratamento mais intensiva (hospitalidade noturna / internação) no CAPS, hospitais e/ou comunidades terapêuticas. Também serão excluídos sujeitos que tenham idade inferior a 18 anos ou sejam considerados legalmente incapazes

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender os itinerários terapêuticos de pessoas que tenham apresentado intenso sofrimento psíquico e estejam em acompanhamento psicossocial na atenção básica do Distrito Sanitário de Vargem das Flores, município de Contagem-MG.

Objetivo Secundário: Compreender a experiência de adoecimento de pessoas em sofrimento psíquico grave desse território; Descrever os diferentes usos que as pessoas em sofrimento psíquico deste território fazem das redes formais e informais de cuidado, assim como as invenções singulares e coletivas que elaboram para aliviar suas dores e sofrimentos; Analisar a

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.333.458

acessibilidade aos serviços de saúde mental desse território; Identificar como as vulnerabilidades sociais e o estigma relacionado ao sofrimento psíquico influenciam a construção de seus itinerários desde uma perspectiva interseccional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Reconhece-se a existência de riscos potenciais para os participantes da pesquisa e também para os pesquisadores. Entretanto, os riscos são considerados mínimos e inerentes à própria situação de pesquisa. No que se refere aos participantes da pesquisa, considera-se que existe o risco de algum desconforto, estresse ou constrangimento por lembrarem-se de eventos possivelmente dolorosos durante a entrevista. Do ponto de vista do pesquisador, existe o risco de exposição a situações de manejo difícil e delicado (por exemplo, choro do participante, presenciar conflitos no ambiente doméstico ou no território, possibilidade de contato com cenas de violência e miséria material). Para minimizar os riscos potenciais, a pesquisa segue um protocolo de segurança e ética. Este protocolo inclui todas as medidas de proteção tomadas para priorizar a segurança tanto dos/das participantes como pesquisadores. As medidas principais incluem: a) Todos os pesquisadores receberão capacitação e treinamento sobre o protocolo de ética e segurança; b) Pesquisadores sempre terão um celular com números disponíveis de coordenadores de campo e equipe de pesquisa; c) Pesquisadores levarão uma lista de recursos e números de serviços, caso necessitem oferecer a um/a entrevistado/a durante a pesquisa (por ex., número de delegacias da mulher, serviços de saúde, etc.); d) A pesquisa será orientada para minimizar danos potenciais e maximizar benefícios. O RCLE inclui uma seção sobre riscos e benefícios, que será lida a todos/as entrevistados/as nas entrevistas narrativas, esclarecendo dúvidas que eventualmente se apresentem. Conforme explicado na primeira seção do RCLE, o sujeito poderá em qualquer momento se recusar a participar, parar a entrevista, não responder qualquer pergunta ou retirar seu consentimento de participação, de modo que sua contribuição será excluída da pesquisa. Os nomes dos sujeitos de pesquisa serão mantidos em sigilo, de modo que serão adotados códigos de identificação capazes de preservar suas identidades no momento de divulgação dos resultados. Dessa forma, espera-se que estas medidas permitam reduzir os riscos envolvidos na situação de pesquisa ou ao menos amenizar seus efeitos.

Benefícios: Os benefícios relacionados à participação nesta pesquisa dizem respeito somente à possibilidade de colaborar com o avanço do conhecimento no campo da Saúde Coletiva e Saúde Mental. A participação dos sujeitos é voluntária e, portanto, não remunerada. O RCLE

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.333.458

inclui uma seção sobre riscos e benefícios, que será lido a todos/as entrevistados/as, de modo a tornar claro aspectos importantes ligados à participação na pesquisa, tais como: "Não será cobrado nada e não haverá gastos com sua participação neste estudo". "Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações e não haverá benefícios imediatos na sua participação, mas suas informações podem nos ajudar muito neste projeto e na construção de conhecimento na área".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se estudo qualitativo, sem coparticipação, elaborado em nível de dissertação de mestrado, sem pedido de dispensa do TCLE, relevante para a área da saúde mental de acordo com parecer da Câmara Departamental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto preenchida e assinada;
2. Aprovação pela Câmara do Departamento da Medicina Preventiva Social em 14/08/2024;
3. Anteprojeto e roteiro de entrevistas anexados pelo pesquisador;
4. TCLE: o pesquisador fez a proposição de TCLE, conforme solicitado pelo CEP/UFMG. O pesquisador esclareceu que as entrevistas serão gravadas em áudio somente com a finalidade de transcrição do conteúdo posteriormente, acrescentando a informação ao TCLE. Foi feito acréscimo da informação de que o participante poderá ser indenizado pelos danos decorrentes da pesquisa nos termos da Lei

Recomendações:

Não há, pois o pesquisador atendeu a todas as solicitações do CEP/UFMG.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, s.m.j. sou favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.333.458

(relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2388098.pdf	19/12/2024 18:19:57		Aceito
Outros	Carta_COEP_correcao.pdf	19/12/2024 18:19:08	Elis Mina Seraya Borde	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_corrigida.pdf	19/12/2024 18:12:21	Elis Mina Seraya Borde	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	19/12/2024 18:10:41	Elis Mina Seraya Borde	Aceito
Outros	Aprovacao_camara_departamental.pdf	03/11/2024 20:45:08	Larric Johnny Malacarne	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_SMS_Contagem.pdf	21/10/2024 18:56:07	Larric Johnny Malacarne	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevistas.pdf	25/09/2024 10:09:07	Larric Johnny Malacarne	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	25/09/2024 09:55:22	Larric Johnny Malacarne	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 15 de Janeiro de 2025

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br