



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

EDSON DA SILVA FERREIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS:
compreensões à saúde mental no sertão alagoano**

Maceió

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

EDSON DA SILVA FERREIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS:
compreensões à saúde mental no sertão alagoano**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Saulo Luders Fernandes.

Maceió

2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

F383i Ferreira, Edson da Silva.

Itinerários terapêuticos: compreensões à saúde mental no sertão alagoano/
Edson da Silva Ferreira. – 2020.

138 f. : il., figs. color.

Orientador: Saulo Luders Fernandes.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de
Alagoas. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia –
Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 113-118.

Anexos: f. 119-138.

1. Itinerários terapêuticos. 2. Saúde mental. 3. Serviços de saúde mental –
Alagoas. I. Título.

CDU: 159.972 (813.5)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

EDSON DA SILVA FERREIRA

Título do Trabalho: ***“ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: compreensões à saúde mental no sertão alagoano”***

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Saulo Luders Fernandes (PPGP/UFAL)

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Jader Ferreira Leite (UFRN)

Profa. Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (PPGP/UFAL)

Maceió-AL, 13 de outubro de 2020.

Aos amigos, pois em nós eles creditam a esperança de construirmos relações saudáveis e autênticas.

“Ah, comigo o mundo vai modificar-se. Não gosto do mundo como ele é”.

Carolina Maria de Jesus, **Quarto de Despejo**.

AGRADECIMENTOS

Penso que este produto, fruto do curso de Mestrado em Psicologia no Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) é sustentado por várias mãos, num número bem maior do que duas. Isso não implica desconsiderar minha trajetória pessoal, idiossincrática. Quero somente dizer que essa mesma trajetória não se dá no vácuo tempo-espacial, pois ela é inegavelmente demarcada por relações sociais que são por demais expressivas e valorosas, que extrapolam o texto puro, e por isso faço menções genuínas às pessoas que o sustentaram.

Inicialmente, quero nominar a psicóloga Grasiela do Amaral Almeida. Grasi, como costumeira e afetivamente a ela nos referimos, a partir de deliciosas conversas durante inúmeras caronas no trajeto Arapiraca – Jaramataia, bem como sua experiência enquanto profissional da psicologia há longos anos, encorajou-me a voltar para os bancos da Universidade na condição de mestrando. Como sou grato!

Em igual medida agradeço à Jocilene Méccia Soares Barbosa que, ao longo dos últimos anos, tem transitado por diversos lugares: técnica, durante a minha graduação, coordenadora enquanto trabalhador da política pública de assistência social e, mais recentemente, co-gestora de andanças e conversações que requerem vínculos afetivos, confiança e disponibilidade para mudanças. Lembro-me que, em diferentes momentos e contextos, ouvi de Méccia que deveria apostar no Mestrado, dar continuidade à minha formação em Psicologia. Penso que utilizei com parâmetro, na acolhida suas orientações, sua envergadura, fidelidade aos seus valores e a consciência de suas posições. O resultado? Bom, aqui está. Sou imensamente grato por tê-la ao longo desses anos e aprender sobre como me tornar resiliente!

Agradeço à Secretária Municipal de Saúde de Jaramataia/AL, Teresa Cristina Apolinário Rocha Santos, minha ex-gestora, por ter acolhido a proposta deste estudo, não criando barreiras à realização do mesmo, o que efetivamente permitiu minha inserção no campo de pesquisa e, conseqüentemente, sua efetivação. Estendo o mesmo nível de agradecimento à Secretária Municipal de Assistência Social de Taquarana, Maria Lúcia dos Santos Nunes, por entender que as relações humanas e profissionais precisam ser horizontalizadas, pedra de toque para a construção de um fazer profissional que esteja alinhado à transformação social positiva como elemento condutor do nosso trabalho, sobretudo num campo tão fragilizado quanto o é a Assistência Social.

De forma ilimitada, agradeço aos seguintes colegas de trabalho: à enfermeira Janille Soares Lima Evangelista, pelo cuidado e empatia que exala, por ser cúmplice nas diversas intervenções em que rompemos a mesmice e ousamos construir práticas profissionais que trouxessem os usuários para o centro do processo de cuidado e atenção à saúde; à fisioterapeuta Gabriela Karlla de Farias, por ser a pessoa mais doce e humana que conheço e tornar meus dias leves e produtivos; ao meu ex-coordenador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica de Jaramataia (NASF-AB), Eládio Soares de Melo, pelo apoio e adesão às proposições que sempre tiveram como fundamento a construção de saúde mental com aqueles que tanto precisam e, por diversos motivos, estão distantes dos saberes produzidos pela Psicologia; à Marizelma Santos da Rocha, assistente social, por todo o companheirismo, apoio e por ser um exemplo de justiça e responsabilidade.

Meus agradecimentos à minha amiga Lainí de Souza Santos, que não tem sucumbido à distância física na tarefa permanente de, junto a mim, projetar novos e grandiosos sonhos. Lá se vão doze bons anos de partilha. Não poderia ser diferente: sinto que nos presentificamos nesta escrita e que ela prediz que continuamos perseguindo nossos valores pessoais. Obrigado pelas leituras, discussões, críticas, sugestões e auxílios de toda ordem.

À Isvânia Alves dos Santos e Jocasta Gonçalves da Silva, minhas amigas, que têm partilhado os saberes de sermos jovens psicólogos comprometidos com uma formação e prestação de serviço que faça sentido dentro de um contexto político e social demarcado por vulnerabilidades diversas e, mais que isso, por serem, sem ressalvas, meu esteio afetivo, por construírem, comigo, vidas que valem a pena serem vividas. A vocês, meu muitíssimo obrigado!

Ainda, meus agradecimentos à psicóloga Jéssica Mayara da Silva pelas irretocáveis contribuições e reflexões durante o tratamento e análise dos dados produzidos, que foram essenciais para a tecitura das compreensões aportadas nesta escrita, bem como agradeço à amiga e psicóloga Gislenny Alves pelas conversações ao longo dos últimos anos, que dão um tom de leveza e frescor em nosso viver.

Meus agradecimentos à Universidade Federal de Alagoas, aos professores, bem como os técnicos, aos colegas mestrandos e demais profissionais do Instituto de Psicologia, que sustentam, a despeito da precarização e sucateamento da educação pública, o ensino superior gratuito e de qualidade.

Meus agradecimentos ao Prof^o. Dr. Jäder Ferreira Leite, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e à Prof^a. Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro, da Universidade Federal de Alagoas, *Campus A. C. Simões*, por comporem a banca de avaliação

deste trabalho, bem como à Prof^ª. Dra. Flávia Regina Guedes Ribeiro, da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca – Unidade de Ensino Palmeira dos Índios, pelas incomensuráveis contribuições com este trabalho.

Por fim, e não menos relevante, agradeço ao Prof^º. Dr. Saulo Luders Fernandes, meu orientador, que me permitiu a possibilidade de construir uma nova visão sobre a função do docente, do orientador, da pesquisa, seja na graduação ou na pós. Sobremaneira, obrigado pela compreensão irrestrita, por não desconsiderar as especificidades de ser mestrando sem abrir mão de ser um trabalhador, posições que, por vezes, parecem ser antagônicas e provocam emoções e sentimentos conflitantes. Sob pena de não ser prolixo, deixo aqui registrado a substancial contribuição desses pouco mais de dois anos na minha formação enquanto psicólogo, pesquisador e sujeito no mundo.

A minha família, agradeço por todo o carinho e apoio nutridos por mim e que verdadeiramente me energizam para construir novos caminhos de existência, bem como ao Randerson Leite por deixar a vida mais leve e doce!

Enfim, a todos vocês, meu reconhecimento e agradecimento públicos!

RESUMO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa exploratória que assume como objetivo analisar os itinerários terapêuticos de portadores de transtornos mentais severos e persistentes nos contextos do sertão alagoano. Os itinerários terapêuticos permitem compreender as formas de cuidado produzidas pelos sujeitos, a partir da intersecção de dispositivos formais e informais de cuidado, da noção ampliada de saúde e dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. O estudo foi realizado com sujeitos residentes na cidade de Jaramataia, localizada no sertão do Estado da Alagoas, usuários do serviço público de saúde mental residentes no município, em número de quatro usuários, dois do sexo feminino e dois do sexo masculino, adultos e que possuíam diagnósticos de transtornos mentais severos e persistentes. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: a primeira consistiu em uma revisão bibliográfica e leituras críticas de diversas produções que versam sobre a relação entre itinerários terapêuticos e saúde mental; a segunda, na inserção do pesquisador na comunidade pesquisada, na produção das informações por meio de questionário e entrevista semiestruturada, dados que foram submetidos, na terceira e última etapa, à análise por meio do método da análise de discurso. Os sentidos produzidos neste estudo guardam relação com outros achados presentes na literatura, que apontam a existência de uma realidade cujos serviços públicos de saúde disponíveis são escassos e distantes entre si, inviabilizando o acesso aos usuários, indicando um quadro amplo de vulnerabilidades, que sustentam o sofrimento psíquico; fragilização dos vínculos sociais e comunitários; assistencialismo na atenção à saúde mental da população; massiva medicalização da vida; fragilização da rede de atenção psicossocial (RAPS) e baixa densidade de dispositivos de bem-estar no território pesquisado. Ampliamos a compreensão sobre o recorte social estudado, ao tempo em que suscitamos novos problemas, como as condições de vida, gênero e saúde mental das mulheres sertanejas e a cronificação dos serviços de saúde mental nos territórios rurais, além da formação profissional em psicologia, por vezes distante das especificidades de um contexto que questiona a legitimidade da presença de um saber clínico tradicional na atenção à saúde mental no sertão.

Palavras-chave: Itinerários terapêuticos. Saúde Mental. Semiárido.

ABSTRACT

The present study is characterized as an exploratory qualitative research that assumes as objective to analyze the therapeutic itineraries of patients with severe and persistent mental disorders in the context of Alagoas' semi-arid. The therapeutic itineraries allow to comprehend the ways of care produced by subjects, from the intersection of formal and informal devices of care, from the wide notion of health and from the Brazilian psychiatric reform principles. The study was conducted with subjects from the city of Jaramataia, located in the State of Alagoas' semi-arid, users of the mental health public service in the county, being four users, two females and two males, adults and with persistent and severe mental disorder diagnostics. The research was developed in three phases: the first one consisted in a bibliographic review and critic reading of several works about the relation between therapeutic itineraries and mental health; the second phase was based on the insertion of the researcher in the community, the production of information through surveys and semi structured interviews, data that were analyzed in the third and last phase through the speech analysis method. The senses produced in this study are related with other works found in the literature that indicate the existence of a reality where the public health system is scarce and distant from each other, making unfeasible the access to the users, indicating a wide picture of vulnerabilities, that keep the psychic suffering; weakening of social and communitarian bonds; welfare in the attention to the population's mental health; massive medicalization of life; weakening of the psychosocial attention network (PSAN) and low density of well-being devices in the researched territory. We expand the comprehension about the social cut studied, as we evoke new problems, such as conditions of life, gender and country women's mental health and the chronification of mental health services in the rural territories, beyond the professional formation in psychology, many times distant from the specificities in a context that questions the legitimacy of the presence of a traditional clinic knowledge in the attention to mental health in Alagoas' semi-arid.

Keywords: Therapeutic itineraries. Mental health. Semi-arid.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
eCR	Equipes de Consultório na Rua
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias
EsF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IT	Itinerário Terapêutico
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PBF	Programa Bolsa Família
PSF	Programa Saúde da Família
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

	<u>INTRODUÇÃO</u>	12
1	<u>ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS, VULNERABILIDADES E</u>	16
	<u>DIREITOS HUMANOS</u>	
1.1	<u>Território e cotidiano: percursos conceituais e contextuais, ou sobre o</u>	33
	<u>conhecer para transformar</u>	
2	<u>NORDESTE E SERTÃO: (DES)CONSTRUINDO CATEGORIAS</u>	41
2.1	<u>Sertão e Semiárido: intersecções entre espaços diversos produzidos</u>	48
	<u>socialmente</u>	
3	<u>MÉTODO</u>	54
3.1	<u>Os sujeitos do estudo</u>	57
3.2	<u>Locais de produção de informações</u>	58
3.3	<u>Materiais utilizados</u>	61
3.4	<u>Procedimentos metodológicos</u>	62
3.5	<u>Aspectos éticos</u>	66
4	<u>NO MEIO DO CAMINHO, UMA DISCUSSÃO</u>	68
4.1	<u>Sofrimento psíquico ou “tem hora que tô sozinha e só choro”</u>	72
4.2	<u>Vínculos sociais e afetivos ou “eu acho que meu pai nunca gostou de</u>	78
	<u>mim”</u>	
4.3	<u>Assistencialismo na atenção à saúde mental ou “o meu vereador me</u>	85
	<u>ajudou”</u>	
4.4	<u>Medicalização da vida ou “chegava lá, tomava injeção e me botava</u>	90
	<u>no</u>	
4.5	<u>grau”</u>	100
	<u>Dispositivos de cuidado em saúde mental ou “ele é como um pai para</u>	
5	<u>mim”</u>	110
6	<u>PARA CONTINUAR DESEMBRENHANDO</u>	
7	<u>REFERÊNCIAS</u>	
	<u>ANEXOS</u>	
	<u>ANEXO A – ROTEIRO PARA A NARRATIVA DO ITINERÁRIO</u>	
	<u>TERAPÊUTICO</u>	

INTRODUÇÃO

Este trabalho é resultado de um processo demarcado temporal e espacialmente: minha inserção como psicólogo na política pública de saúde. Em 2017, pouco menos de um ano após concluir o curso de Psicologia na Universidade Federal de Alagoas – *Campus Arapiraca* – Unidade Acadêmica Palmeira dos Índios, iniciei o exercício profissional da psicologia compondo uma equipe multidisciplinar, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no sertão do Estado de Alagoas.

Importante dizer que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pela Portaria nº 154/2008 com o objetivo de apoiar o exercício da Atenção Básica no Brasil, ampliando a oferta de saúde, a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Os NASFs são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com a Estratégia de Saúde da Família (EsF), as equipes de Atenção Básica e com o Programa Academia da Saúde.

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de Dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe além das duas existentes até então, o NASF 3, alcançando qualquer município do Brasil com a implantação do serviço, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família presente no território.

Ainda sobre a Portaria nº 154/2008 do Ministério da Saúde, ao apresentar e detalhar as ações em saúde mental a serem desenvolvidas pelos Núcleos, ela sustenta que a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, a partir do trabalho com a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (EsF), bem como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatórios, dentre outros equipamentos sociais presentes no território.

Assim, os NASFs devem integrar-se a essa rede, organizando e desenvolvendo ações em saúde com base nas demandas levantadas pelas Estratégia de Saúde da Família (EsF) mediante pactuação, contribuindo, portanto, para a reinserção social dos usuários, identificação e utilização de recursos comunitários e o desenvolvimento de práticas eficazes em saúde, além de promoção da equidade, integralidade e construção da cidadania. Em Janeiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica¹ acabando com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do NASF-AB. Na prática, gestores municipais ficam livres para compor as equipes da forma como quiserem,

¹Nota Técnica nº 3 do Departamento de Saúde da Família, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

e não mais seguindo os parâmetros da iniciativa criada para ampliar o trabalho conjunto e integrado de profissionais de diferentes áreas do conhecimento na Saúde da Família, o que demonstra o desmonte e o sucateamento que a saúde pública vem sofrendo nos últimos anos.

Da brevidade temporal com que os Núcleos estão presentes nos mais diversos municípios brasileiros, somada à complexidade das ações em saúde mental, foram surgindo diversos questionamentos relacionados ao exercício da psicologia na saúde, questionamentos que partem da formação profissional do psicólogo até a legitimidade dos instrumentos, técnicas e *modus operandi* de trabalho em um contexto que descarta o corpo clínico individualizado e tradicional do qual se reveste a Psicologia como estratégia inequívoca de trabalho.

Fomos percebendo, concomitantemente, o lugar míúdo ocupado pela saúde mental dentro da política de saúde local, o distanciamento entre equipamentos sociais e usuários, além do cuidado fragmentado, altamente medicalizante e centrado no indivíduo, lógica oposta a diversas necessidades de saúde impostas pelo contexto histórico-social do território sertanejo. Esses elementos fizeram germinar, de forma inacabada e complexa, um problema que nos traria, num segundo momento, aos bancos da pós-graduação: diante das fragilidades da rede de saúde mental, quais são os caminhos percorridos pelos usuários dos serviços públicos de saúde na busca por atenção a saúde mental no interior do país?

Aqui repousa a relevância desta imersão: uma vez que os estudos pouco versam sobre a descrição dos caminhos percorridos pelos usuários na busca por atenção à saúde mental nas cidades de pequeno porte, a Academia, enquanto espaço de produção do conhecimento, pode e deve suprir essa lacuna. Além de vir a dar respostas aos usuários, profissionais da saúde mental e demais atores sociais, investigar essa faceta da realidade social contribuirá para a formação dos profissionais da área da saúde, sobretudo para aqueles que ocupam os espaços de atenção psicossocial, além de lançar luz sobre os problemas aqui apontados e que fazem parte de um campo de investigação maior – o da saúde pública.

Enquanto objetivo geral, buscamos analisar os itinerários terapêuticos de portadores de transtornos mentais severos e persistentes nos contextos do sertão alagoano, tarefa que é realizada a partir dos seguintes objetivos específicos: a) identificar como se configura a rede de atenção psicossocial na cidade de Jaramataia, situada no sertão alagoano, por meio das narrativas dos itinerários terapêuticos de saúde mental dos moradores diagnosticados com transtornos mentais severos e persistentes; b) compreender o modo como os usuários do serviço público de saúde mental significam as ações de saúde ofertadas a partir da rede de

atenção psicossocial; c) identificar os dispositivos não formais de atenção em saúde mental presentes nos contextos do município de Jaramataia.

O texto está organizado do seguinte modo: o capítulo I, *Itinerários terapêuticos, vulnerabilidades e direitos humanos*, revisita a tríade conceitual que amplifica a discussão sobre a saúde, demonstrando seu caráter multifacetado e complexo, além de sugerir a instrumentalidade do itinerário terapêutico como ferramenta capaz de analisar os caminhos percorridos pelos usuários na busca por atenção à saúde mental, discussão que é costurada sem abrir mão das relações com os conceitos de território e cotidiano, pois a opção teórico-metodológica a qual nos filiamos supõe que transformar uma realidade social requer conhecê-la, contextualizá-la.

O capítulo II, *Nordeste e Sertão: (des)construindo categorias*, situa a discussão, apresentando as categorias Nordeste e Sertão como uma narrativa, resultado de um processo imagético-discursivo que, a partir de diversas mãos, criou uma história regional presente no imaginário coletivo que caracteriza a região como o lugar da seca, da fome e do atraso. Ainda neste capítulo, revisitamos os conceitos sertão e semiárido, destacando suas aproximações e distanciamentos. Sertão enquanto categoria histórico-social, fabricada pelo pensamento social brasileiro. Em contraponto, semiárido, que possui uma gama de marcadores próprios e desnaturaliza o discurso que associa seca à falta de água, explicando, através de um viés eminentemente político e da inexistência de políticas públicas específicas às necessidades dos sujeitos e comunidades as questões inerentes à região.

O capítulo III, *Método*, trata dos aspectos metodológicos nos quais está alicerçado esse estudo. A pesquisa de caráter qualitativa e exploratória foi desenvolvida em três etapas. A primeira consistiu numa revisão bibliográfica e leituras críticas de diversas produções que versam sobre a relação entre itinerários terapêuticos e saúde mental. A segunda, consistiu na inserção do pesquisador na comunidade pesquisada, na produção das informações por meio de questionário e entrevista semiestruturada, dados que foram submetidos, na terceira etapa, à análise propriamente dita por meio do método da análise de discurso.

O capítulo IV, *No Meio do Caminho, uma Discussão*, está organizado em três camadas de análise: os sentidos produzidos sobre o sofrimento psíquico, as experiências de vida que o sustentam e os itinerários terapêuticos que vão sendo construídos na busca por atenção à saúde, a partir de cinco categorias de análise. São elas: 1. Sofrimento psíquico ou “*tem hora que tô sozinha e só choro*”; 2. Vínculos sociais e afetivos ou “*eu acho que meu pai nunca gostou de mim*”; 3. Assistencialismo na atenção à saúde mental ou “*o meu vereador me*

ajudou”; 4. Medicalização da vida ou “*chegava lá, tomava injeção e me botava no grau*”; 5. Dispositivos de cuidado em saúde mental ou “*ele é como um pai pra mim*”.

O capítulo V, *Para Continuar Desembrenhando*, encerra o texto, trazendo um apanhado geral sobre a pesquisa, bem como uma avaliação sobre alcances, limitações e sugestões para próximas pesquisas.

1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS, VULNERABILIDADES E DIREITOS HUMANOS

A Reforma Sanitária brasileira assumiu como diretriz, ao longo desses anos, a ampliação dos direitos sociais às camadas historicamente marginalizadas, situação agravada durante os anos em que vigorou a ditadura militar, que suprimiu liberdades. A saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado é uma bandeira que surge em meados dos anos 70, caracterizando o movimento sanitário que depois se apresentaria como uma Reforma Sanitária (GALLO et al., 1988), sustentando a necessidade de uma ampla reforma nas políticas públicas de saúde que deveriam ser construídas e/ou vigorosamente aprimoradas através da unificação do sistema de saúde, universalização do atendimento, participação popular e racionalização dos recursos (Ibid.), dentre outros.

O sistema de saúde brasileiro, fruto dessa reforma, é relativamente recente. Sua implantação data da década de 1990, com a lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, criando, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) que, por sua vez, comporta a atenção à saúde mental dos portadores de transtornos mentais.

Até alcançarmos o estágio de elevação da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, através da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a organização da saúde no Brasil era fragmentada e desigual (PAIM et al., 2011). A partir de 1970, com a luta pela redemocratização, a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária passa a entender a saúde “[...] não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (Ibid., p. 18).

Em 2001, surge a Lei da Reforma Psiquiátrica, lei 10.216/01, que normatiza a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. O novo modelo de atenção à saúde mental busca avançar “[...] na reabilitação psicossocial e no protagonismo de usuárias (os) e de seus familiares, fomentando processos de cuidado mais integrados e democráticos [...]” (BRASIL, 2015, p. 05).

Campos, Emerich e Passos (2014) consideram que a precariedade do acesso aos direitos sociais dificulta o desenvolvimento de redes de apoio que aumentem a autonomia dos usuários, concepção que atravessa toda a rede de serviços de saúde. Assim, dizem os pesquisadores:

A ampliação da prática de cuidado pressupõe a valorização da subjetividade, singular e complexa, e a possibilidade de trocas cotidianas nos planos micro e macropolítico, considerando as dimensões sociocultural e jurídico-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira (CAMPOS; EMERICH; PASSOS, 2014, p. 686).

Em que pese os avanços no campo multifacetado da saúde mental, tem-se visto a promoção da manutenção do *status quo*, uma despolitização da saúde com fins de tutela dos usuários, bem como práticas fundamentadas na concepção dos usuários do serviço como um ser passivo, destituído de potencialidades para lidar com seu problema e seu sofrimento (CAMPOS; GAMA, 2010). Sobretudo nos contextos interioranos, notadamente demarcados pela fragilidade das políticas públicas de saúde, a ausência de suporte por parte dos serviços e profissionais associada ao baixo nível socioeconômico dos usuários pode se tornar uma combinação intensificadora de sofrimento (ANSELMINI et al., 2008).

Essas situações de negligência de direitos básicos vão acarretar diretamente a violação do acesso das comunidades rurais à rede de atenção psicossocial, já que se encontram em territórios de difícil acesso e com infraestruturas precárias para os deslocamentos aos centros especializados e aos dispositivos de saúde. Tal dificuldade limita a implementação efetiva da rede de atenção psicossocial e sua relação direta com a atenção básica, porta de entrada para os moradores das comunidades aos cuidados em saúde (SILVA et al., 2016).

Segundo Ayres, França Jr e Paiva (2018), vulnerabilidade quer dizer:

[...] conjunto de aspectos individuais e coletivo relacionados a maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção (p. 78).

A gênese do conceito está relacionada à compreensão de que o Estado é responsável e parte integrante dos determinantes sociais do processo saúde-doença. O conceito, pautado nos direitos humanos, sustenta que indivíduos, famílias e comunidades que não possuem acesso a políticas públicas que garantam seus direitos sociais básicos experimentam piores níveis de saúde, apresentando, portanto, maiores chances de sofrimento, inclusive mental.

A contribuição oriunda da concepção de direitos humanos reside no fato de que ela identifica situações que ensejam alguma espécie de vulnerabilidade, e isso só é possível porque utiliza como parâmetro os direitos sociais que deveriam estar presentes na realidade para usufruto dos sujeitos. Sua ausência, por decorrência, denuncia a fragilidade na regulamentação por parte do Estado, falta de respeito e proteção. Portanto, é imperativo uma análise do processo, com o objetivo de reduzir as possibilidades de vulnerabilidade a partir das instâncias normativas, culturais e cotidianas. A vulnerabilidade traz consigo uma acepção sociopolítica, que ultrapassa a análise puramente médica e biológica, e atrela o processo

saúde-doença-cuidado ao contexto histórico-social, com a garantia de direitos e seu enfrentamento a partir da colaboração de diferentes saberes, pois se entende que saúde e doença são determinados pelos saberes, técnicas, recursos e serviços presentes num determinado contexto (AYRES; FRANÇA JUNIOR; PAIVA, 2012).

Diferentemente do olhar psicopatologizante, cunhado sob o viés biologizante e individualista, propomos o exercício do pensar o sofrimento psíquico enquanto experiência vivida (RABELO, 1999). Dentro do quadro das vulnerabilidades e direitos humanos não caberia a utilização de uma postura diferente dessa concepção. A rotulação de “doente mental” implica retirar do sujeito sua autonomia e capacidade de gestão da própria vida, suprimindo sua responsabilidade e legitimidade. As perdas são inevitáveis e irreparáveis, impingindo ainda mais sofrimento e humilhação social. O sofrimento psíquico rompe, então, com um fluxo cotidiano, e ameaça toda uma história que, a despeito das especificidades próprias de cada um, coaduna com o quadro social maior. O “doente mental” passa a ser, então, um outro, diferente de nós.

A tarefa imposta, por consequência, não é outra senão a construção de uma cultura em saúde mental que seja situada, forjada em contextos de ação/atenção/cuidado às necessidades de saúde do outro. Antes de qualquer elaboração conceitual, o sofrimento psíquico é vivido a partir da mobilização de um corpo que está integrado à mente, que necessita ser cuidado, desprezando qualquer projeto de normalidade, ou melhor, de normalização da vida (RABELO, 1999).

Ademais, Paiva, Pupo e Seffnerr (2012) acrescentam:

A igualdade no acesso integral de qualidade pode implicar positivamente na redução da vulnerabilidade ao adoecimento e, ao mesmo tempo, na construção de uma política de ampliação da cidadania que depende da articulação por uma emancipação social em que as ações em saúde ganham importância política redobrada (p. 10).

Discutir igualdade, numa sociedade marcada pela extrema dificuldade enfrentada pelos grupos minoritários na busca por seus direitos, implica recorrer à equidade, pois ao buscar justiça social, as iniquidades e obstáculos se expressam. Assim, a oferta de políticas públicas voltadas para esses fins, a atenção à saúde e às formas de cuidado estabelecidos são permeadas pelas disparidades estruturais vividas cotidianamente pelos sujeitos.

Diferentemente do princípio da igualdade, baseado no conceito de cidadania que indica a igualdade de direitos, o princípio da equidade é baseado na ideia de justiça e reconhece que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas como condição para a redução das diferenças existentes (WERNECK, 2005, p. 330).

De modo complementar a esses apontamentos, o conceito de vulnerabilidade é ainda mais extensivo e abarca a análise das dimensões individual, social e programática, necessariamente implicadas entre si. Por dimensão individual entende-se a concepção das relações intersubjetivas que compõem a vida da pessoa em relação com seu mundo, sujeitos e contexto. Assim, “o indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo construtor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem, então, ser remodeladas para garantir o ‘comportamento saudável’” (AYRES; FRANÇA JUNIOR; PAIVA, 2012, p. 85). Em virtude da fundamentação nos direitos humanos e na concepção de Estado de direito, que deve garantir direitos sociais aos seus, a dimensão individual concebe o sujeito como sujeito-cidadão, pois cada trajetória depende de contextos de subjetivação que vão sendo construídos ao longo do tempo, bem como das relações de poder, dos conflitos sociais e pessoais.

Já a dimensão social diz respeito ao acesso às informações, recursos coletivos, relações sociais, econômicas, de gênero, raciais, religiosidade, pobreza, exclusão social, compreendendo que o percurso de cuidado do sujeito não se dá no vazio, mas está inscrito nos marcadores sociais que compõem sua experiência de vida. Ele é circunscrito e delimitado por uma série de relações que atravessam o processo saúde-doença, e relacionam-se ao pertencimento a uma certa cultura e sociedade, que possui valores próprios e condições de vida específicas (Ibid.).

A última dimensão conceitual, a programática, compreende as políticas públicas e as instituições, sobretudo as de saúde, educação e assistência social, que são desenhadas e implementadas com o objetivo de reduzir ou extinguir determinadas vulnerabilidades, que pode ser analisada a partir de quatro componentes: disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade dos serviços (AYRES; FRANÇA JUNIOR; PAIVA, 2012).

Vulnerabilidade é uma característica presente nos grupos e se expressa nos itinerários terapêuticos de sujeitos e coletivos que experimentam cotidianamente vivências diversas diante do processo saúde-doença-cuidado, a depender de suas inscrições sociais, recursos, informações, relações e redes de apoio. Em virtude dessas especificidades, tem-se um campo de investigação que suscita o compromisso de luta contra as injustiças e iniquidades sociais (BOGALSKA-MARTIN, 2015).

Bosi e Guerriero (2016) contribuem com a discussão conceitual sobre vulnerabilidade situando-a no campo do pensamento complexo a partir das contribuições de Edgar Morin (1990). Isso porque, segundo as autoras, o conceito é extremamente útil se considerarmos que ele é capaz de apontar para os riscos os quais as pessoas podem estar submetidas, sendo esses

– os riscos –, compreendidos de modo diverso da compreensão tradicional realizada pelo viés epidemiológico que o define a partir da probabilidade de ocorrência de danos, numa espécie de definição em termos de causa-efeito linear.

A concepção de risco recuperada por Bosi e Guerriero (2016), que está necessariamente atrelada à concepção de vulnerabilidade que aqui expomos, constrói-se com base na noção que risco aponta para possibilidade e não probabilidade de dano pois, “ao trabalhar com probabilidades os grupos estudados tornam-se um conjunto de eventos individuais e interdependentes entre si e não um conjunto de condições interdependentes que é a característica das populações humanas concretas” (GUERRIERO, 2015, p. 25, apud BOSI; GUERRIERO, 2016, p. 125).

Referir-se a risco como probabilidade implica compreender que podemos manipular os condicionantes do processo saúde-doença-cuidado, como se fosse possível dividi-los, somá-los, isolá-los e juntá-los como estratégias de compreender a vulnerabilidade em suas diferentes modalidades de manifestação.

A compreensão alternativa de vulnerabilidade, entretanto, situa-a na compreensão que “fatores interdependentes e interagentes estão mesclados e ativos em cada indivíduo ou grupo de indivíduos o tempo todo, não sendo possível recuperá-los” (BOSI; GUERRIERO, 2016, p. 126) e por isso é complexo e pode ser deglutido recorrendo-se às contribuições do pensamento complexo de Morin. Nessa perspectiva, não é razoável pensar em cada dimensão isoladamente. É necessário compreendê-las com base em sua inegável interação, situadas em contextos específicos, que são idiossincráticos. É salutar nessa perspectiva:

[...] considerar ainda que a vulnerabilidade é dinâmica e muda para a mesma pessoa, ou grupo conforme o momento de vida e o contexto. Ninguém é totalmente vulnerável nem totalmente não vulnerável. Todos somos vulneráveis, em alguma medida e em algum momento (BOSI; GUERRIERO, 2016, p. 126).

Morin (1990) define o pensamento complexo, exercício elementar para alcançar o nível de discussão proposto para o *status* do conceito de vulnerabilidade, a partir de três princípios básicos, que são apresentados de forma introdutória aqui: a) o dialógico, ou seja, a interação que se estabelece entre as diferentes dimensões; b) o recursivo, pois as dimensões são causa e consequência umas das outras; de forma circular se retroalimentam; c) o hologramático, pois cada dimensão compõem um todo e vice-versa. Dito de outro modo, a vulnerabilidade quer dizer que sua composição interna diversa não pode ser simplesmente reduzida as suas partes, devendo ser analisada de forma integrada.

Na análise do fenômeno social da vulnerabilidade não há espaço para lentes estanques e simplistas. A complexidade da análise é proporcional à dimensão do fenômeno. E precisa

ser, sob pena de se desqualificar o emaranhado de fenômenos os quais a compõe, bem como suas diversas dimensões, sejam elas individual, institucional ou social (BOSI; GUERRIERO, 2016).

Por dimensão individual entende-se a síntese individual resultante da interação com o meio social e com as instituições abarcando as redes de proteção costurada pela dinâmica da auto-organização e autonomia. Parece-nos de bom-tom reafirmar a superação de um viés individualizante desse processo, uma vez que a posição teórica aqui trazida requer compreender a dimensão individual, ou melhor, sua síntese, como resultado da indissociabilidade e interdependência do biológico e sociocultural. Assim, “sendo a síntese individual um fenômeno singular, pessoas influenciadas pelos mesmos aspectos ou condições de vida não necessariamente atribuem o mesmo significado às situações vividas” (BOSI; GUERRIERO, 2016, p. 129). Significados construídos norteiam ações, que por sua vez determinam a auto-organização e autonomia dos sujeitos.

Em relação à vulnerabilidade institucional, considera-se a possibilidade de instituições e redes de proteção confluírem para a vulnerabilidade de sujeitos, coletivos ou comunidades. Já a dimensão social

Refere-se aos fatores contextuais que influenciam fortemente tanto a vulnerabilidade individual quanto a vulnerabilidade institucional. Questões amplas, contextuais, como a estrutura de governo, as relações de gênero as atitudes referentes à sexualidade crenças religiosas e à pobreza influenciam a possibilidade de reduzir a vulnerabilidade individual, tanto direta quanto indiretamente, através das redes de proteção (ou programas sociais) (BOSI; GUERRIERO, 2016, p. 128).

Ainda sobre a dimensão social, três categorias são de extrema importância para sua análise: a política governamental, a economia e o ambiente sociocultural. Na categoria política governamental vale considerar a existência ou não de legislações que busquem corrigir determinadas iniquidades; socioculturalmente, consideram-se as questões de gênero e sexualidade, estigmatização, marginalização, analfabetismo e, economicamente, a pobreza, o desemprego e desigualdade social, por exemplo.

Vulnerabilidade, seja de uma pessoa ou de um coletivo ou comunidade, é, portanto, resultado da dinâmica de diversas dimensões, que estão sempre em movimento, específicas para cada sujeito em cada momento histórico, e podem ser agravadas, inclusive, no encontro pesquisador – participante caso não haja o cuidado ético em considerá-lo como sujeito autônomo, potente e dono de uma voz que precisa ser resguardada e não somente ouvida.

Diante do cenário notadamente marcado pelas diferentes dimensões da vulnerabilidade, o itinerário terapêutico, entendido como percurso de cuidado, pode funcionar

como uma ferramenta de análise que instrumentaliza os serviços públicos de saúde para estreitar a distância entre usuários e equipamentos sociais, bem como visualizar dispositivos não formais de saúde que, dentro de um contexto histórico-social específico, compõem uma rede de cuidados.

Como aponta Saraceno (2011):

Um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capazes de interagir com a atenção básica de saúde, com outros setores do sistema sanitário, com outras agências sociais e com a comunidade circundante. O serviço deve ser constantemente atravessado e habitado pelos usuários e pelos profissionais de saúde mental. O serviço não deve ser o distribuidor de uma oferta fechada, ou seja, pré-definida (p. 99).

Nessa linha de raciocínio, Paim et al. (2011, p. 27) afirmam que “[...] apesar de uma crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar muito para assegurar padrões consistentemente elevados”. Nesse sentido, recorreremos aos itinerários terapêuticos, pois partimos do pressuposto de que eles permitem interagir de forma dialógica com os sujeitos e visibilizar suas especificidades de saúde sem abrir mão de circunscrever essa leitura num determinado contexto histórico.

O termo itinerário terapêutico é aqui utilizado na acepção de busca por cuidados terapêuticos e abarca as práticas individuais e coletivas, os caminhos construídos pelos sujeitos inseridos em seus grupos com objetivo de dar resolubilidade aos seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006).

Embora não se queira fazer uma revisão exaustiva, pois não é foco deste trabalho, mas tão somente passear por algumas produções teóricas que apresentam, a partir de diferentes vieses, o *status* conceitual do itinerário terapêutico (IT), pensamos que, preliminarmente, podemos apresentar os ITs como os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais *escolhem*, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de cuidado em saúde. O conceito volta-se para as diferentes maneiras de resolutividade dos problemas de saúde, através de uma *escolha* circunscrita à disponibilidade de serviços, modelos explicativos e determinantes do processo saúde/doença que estão presentes num determinado território, contexto sociocultural. Embora preservados na escrita os grifos nas palavras ‘*escolhem/escolha*’, uma problematização acerca de sua utilização será feita mais adiante, distinguindo-a de uma lógica programática, mercadológica e utilitarista que, a priori, as caracteriza.

Apontamos que os primeiros trabalhos sobre itinerário terapêutico tinham como centralidade o que se convencionou denominar de comportamento do enfermo, uma tradução para o termo *illness behaviour*, criado por Mechanic e Volkart (1960). Indissociavelmente, o

bojo do conceito carrega um viés pragmatista, pois compreende que os indivíduos racionalmente perseguem uma determinada conduta para a satisfação das suas necessidades de saúde. Por inferência, Mechanic e Volkart (1960) atrelam o itinerário terapêutico à lógica produto-consumo, guiado de forma voluntarista, racionalista e individualista. Fabrega (1974), posteriormente, atrela ao modelo teórico a decisão (decision theoretic model) como organizadora da busca por atenção à saúde (ALVES, SOUZA, 1999).

Num segundo momento, os estudos sobre comportamento do enfermo se ativeram à investigação da determinação de valores culturais, em minorias étnicas e em diferentes grupos socioeconômicos, observando a influência de estruturas familiares, gênero e idade, por exemplo, nas respostas aos problemas de saúde. Essa opção teórica e metodológica foi inaugurada por Zborowski (1952) e Koos (1954), dando ares coletivistas ao modelo utilitarista-racionalista anterior de Mechanic e Volkart (1960), conforme orientam Alves e Souza (1999).

Na década de 70 houve um salto qualitativo na compreensão do itinerário terapêutico, conferindo-lhe um novo *status* quando utilizado na produção do conhecimento científico. De bases etnográficas, nesse período, os trabalhos enfatizaram os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde. Desse modo, passaram a salientar os autores:

[...] as sociedades, e mesmo grupos sociais dentro delas, não só elaboram diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças, como estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem comportar-se quando estão doentes (LEWIS, 1981, *apud* ALVES, SOUZA, 1999, p. 127).

A análise interativa do itinerário terapêutico foi influenciada pelos estudos sobre redes sociais, pois os autores passaram a compreender que, dependendo das estruturas das redes sociais, os sujeitos têm maior ou menor probabilidade de procurar um profissional de saúde.

Para Kleinman (1978), que inaugura outro modelo explicativo para os itinerários terapêuticos, “os indivíduos interpretem certos tipos de prática como 'mais adequadas' para lidar com certos tipos de doenças, de tal forma que se considera que os padrões de seleção entre alternativas terapêuticas sejam definidos por certas situações de enfermidade” (ALVES, SOUZA, 1999, p. 129). Seria necessário, nesta perspectiva, que os ITs investigassem os procedimentos usados pelos sujeitos na interpretação de suas experiências de saúde, abarcando também suas ações, mas sem perder o domínio dos processos macrosociais e socioculturais.

Como críticas ao modelo explicativo de Kleinman (1978), tem-se que a “escolha” e avaliação de um determinado tratamento não é resultado, apenas, do funcionamento cognitivo. Além disso, é, no mínimo, delicado considerar que os sujeitos possuem conhecimento concreto sobre a imensidão dos procedimentos de saúde, no sentido de esse conhecimento orientar uma determinada escolha a partir de processos eminentemente cognitivos. A suposta “escolha”, por sua vez, é resultado de um emaranhado de conhecimentos, teóricos, mas também frutos da experiência, do senso comum e etc.

Alves e Souza (1999) reforçam:

Na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica é preciso que se apresente o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (e ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória biográfica singular (p. 133).

Os ITs comportam uma série de elementos em sua constituição – são complexos. Ou seja, não podem ser reduzidos ou simplificados a um só elemento, comportam cadeias de eventos sucessivos que formam uma unidade. Por mais que o caminho mais simples seja visualizar, num primeiro momento, um produto final (como comparecer a uma determinada consulta médica), retroagir ao período de vida imediatamente anterior dos sujeitos demonstra uma sucessiva cadeia de acontecimentos, frutos de um pertencimento histórico, cultural e social que lhe dá sustentação. O IT “[...] é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados [...]” (ALVES, SOUZA, 1999, p. 134). Os ITs envolvem ações e práticas discursivas sobre essas ações, insurgências que caracterizam a identificação do contexto sociocultural que dá base para formas de cuidado individuais ou coletivas, formais ou informais, tradicionais ou institucionais.

No texto *Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde*, Spink (2015) contribui para a discussão sobre o cuidado na atenção à saúde e, com base em aportes discursivos fundamentados na filosofia de Mol (2002; 2008 apud SPINK, 2015), permite-nos perceber que convivemos com diversas lógicas sobre o cuidado, que estão diluídas nas interações entre profissionais e sujeitos que buscam ter suas necessidades.

Spink (2015) observa duas maneiras distintas de lidar com o processo saúde/doença: a lógica do cuidado e a da escolha (o viés do mercado povoado por clientes e o viés da cidadania povoado por cidadãos portadores de direitos). O campo da saúde é composto por diferentes instituições e atores que, por vezes, sustentam interesses antagônicos, sustentando

ora a lógica do cuidado, ora a lógica da escolha, possibilitando a construção de práticas discursivas que alocam profissionais e sujeitos como usuários, pacientes, cidadãos ou consumidores. Spink (2015), de modo incontestado, nos incita a aprender os significados e as raízes dessa polissemia, da existência de distintas práticas discursivas dentro do campo do processo saúde/doença, pois elas denotam posicionamentos variados. Reconhecer quais posições ocupam nossos ouvintes e quais as nossas posições é salutar para a emergência de um fazer profissional que esteja, de fato, alinhado à lógica dos direitos humanos e da saúde como um direito público inalienável.

Diversos e recentes trabalhos têm se utilizado do itinerário terapêutico como elemento organizador de pesquisas em diferentes disciplinas. Bertagnoni et al (2012), por exemplo, buscaram conhecer os itinerários terapêuticos de sujeitos com transtornos mentais graves acompanhados no serviço público de saúde de Vila Dalva e Jardim de Abril, em São Paulo. Através de ações de saúde mental ofertadas pelo NASF-AB, concluiu-se que os participantes, com importantes agravos à saúde física e mental e que tem a Unida Básica de Saúde como única referência de cuidado, enfrentam uma realidade cujos serviços públicos de saúde disponíveis são escasso e distantes entre si o que inviabiliza o acesso dos usuários, inferências possíveis de serem construídas a partir da instrumentalidade dos ITs.

Pinho e Pereira (2012) apresentam os ITS's percorridos por sujeitos soropositivos, concluindo que os sujeitos não separam os cuidados médicos dos religiosos, planos distintos que se mesclam e não se excluem, com o objetivo de promoverem atenção à saúde. Os autores observam, assim, um *continuum* terapêutico, onde as opções disponíveis territorialmente não se isolam, e sim possibilidades de cuidado que não possuem limites estabelecidos. A contribuição dos autores se alinha à discussão ampliada sobre cuidado e sobre os próprios ITS's: a existência de formas não institucionais de cuidado, que extrapolam o lócus de intervenção biomédica.

Santos e Silva (2014), em um estudo sobre os ITs de duas populações quilombolas do Estado de Goiás, Almeidas – comunidade rural e Jardim Cascata – comunidade urbana, verificaram que eles mobilizam saberes populares, religiosos e biomédicos através da efetivação do serviço público de saúde. Em Almeidas, por exemplo, são utilizadas a automedicação caseira e alopática, onde a medicação caseira é produzida por uma senhora do próprio território. Já no Jardim Cascata, os sujeitos pesquisados utilizam se automedicação com remédios alopáticos, além dos atendimentos médicos, embora o acesso seja extremamente insuficiente, em virtude da rotatividade de profissionais e infraestrutura

precária. O estudo demonstra, assim, a existência de formas de cuidado e atenção à saúde que extrapolam o acesso ao saber biomédico.

Dourado, Santos e Silva (2015), num estudo realizado com homens com sorologia positiva para HIV na cidade de Salvador / Bahia denotam a apresentação tardia ao serviço de saúde, bem como uma sucessão de eventos que conformam os ITs que ora dificultam, ora facilitam a continuidade do tratamento. Os ITs são construídos com base em barreiras, conflitos e tensões que ocorrem durante a busca por cuidado à saúde, mas que também funcionam como agentes mobilizadores de formas e estratégias diversas de ação que possibilitam um acolhimento contínuo e integral.

Entretanto, embora a busca por cuidados terapêuticos seja realizada pelo sujeito, ela não se faz de forma solitária, individualizada. A busca por cuidados de saúde se dá num emaranhado de relações, a partir do atravessamento de diversos elementos, como culturais, sociais e econômicos. Enfrentar a doença guarda íntima relação com a capacidade do sujeito tomar decisões e a mobilização de redes coletivas que podem vir a lhe dar suporte.

Assim, é dentro de um contexto histórico-social específico que, a partir de um agravo à saúde, essas práticas de saúde se desenvolvem, marcadas por uma série de variáveis que interferem nessa busca por cuidados. A procura por cuidados se dá de forma bastante diversificada, em que diferentes eventos confluem, sejam eles situacionais, econômicos, sociais, culturais, políticos, programáticos ou psicológicos. Essa procura difere de um sujeito para outro, e mesmo quando analisamos um mesmo sujeito, a procura por cuidados não é necessariamente semelhante em episódios de adoecimento distintos (GERHARDT, 2006).

Uma abordagem que busque compreender os itinerários terapêuticos, se presa a um cognitivismo, corre o risco de não dar conta desse emaranhado de contextos e experiências. Diversamente desse viés, a tentativa sobre a qual trabalhamos busca compreender os itinerários terapêuticos como uma expressão das práticas cotidianas individuais e coletivas, processos que não são opostos, mas confluem-se, pois mesmos os itinerários que apresentam como agente um sujeito, ele está inscrito nas relações de pertencimento aos seus grupos, recursos e redes de apoio.

Em um estudo realizado na cidade de Paranaguá/PR, Gerhardt (2006) investigou itinerários em situação de pobreza, evidenciando que as formas de enfrentar a doença guarda íntima relação com a capacidade do sujeito tomar decisões e a mobilização de redes coletivas. No estudo, evidencia-se:

Os itinerários observados ilustram a prática cotidiana de recursos frente a doença, onde diferentes estratégias incorporam diferentes escolhas e diferentes alternativas que não se excluem e que são, ao contrário, plurais. Eles revelam um processo no

qual se articula o individual e o coletivo nas estratégias de enfrentamento colocadas em prática por indivíduos capazes de mobilizar recursos materiais e imateriais (p. 2460).

Portanto, os itinerários terapêuticos dependem de diversas estratégias, que são complexas e ocorrem em função das características sociais e locais. Logo, “[...] além dos limites das condições materiais de vida, os indivíduos constroem as estratégias de vida de acordo com suas capacidades, suas histórias de vida e suas experiências individuais” (Ibid., p. 2461), embora, como já apontamos outrora, não sejam experiências individualizantes, pois relacionam-se com as redes e experiências coletivas.

Os itinerários terapêuticos são compostos por múltiplas práticas, bem como são múltiplas as necessidades de saúde e experiências de adoecimento. A busca por cuidado se dá dentro de uma teia de apoio social diversa. Ou seja, “[...] enfrentar essa situação e buscar alternativas na vida cotidiana só é suportado por ser possível tecer e renovar relações com a família e comunidade” (GERHARDT; RIQUINHO, 2015, p. 247), e isso implica compreender que as diferentes formas de cuidado em saúde presentes no território dos sujeitos, a partir de seus valores, vínculos com a família e comunidade – que nem sempre estão alinhados com a oferta pública institucional de saúde, planejadas de formas engessadas e generalistas – devem ser incluídas nos processos de análise e compreensão dos itinerários terapêuticos (GERHARDT; RIQUINHO, 2015).

Ancorar-se nos itinerários terapêuticos de saúde permite a compreensão de como os sujeitos e coletivos realizam escolhas que trazem para si alguma resolubilidade para suas demandas de saúde. Quando esses processos se relacionam com os equipamentos institucionais formais de saúde, seja via Atenção Básica ou alta complexidade de saúde, permite compreender como se dá o acesso ou não, bem como identificar formas alternativas e não formais de cuidado presentes na realidade dos sujeitos, que podem funcionar como dispositivos de cuidado coletivo em saúde, pois permitem vazão do sofrimento psíquico experimentado durante as ocorrências de adoecimento.

É importante dizer que a compreensão sobre o processo saúde-doença-cuidado vai além da compreensão sobre as escolhas realizadas ao longo do percurso pela busca de cuidados ou sobre adesão. A concepção de escolha a qual recorreremos se afasta do viés neoliberal, pois escolha não é algo livre e natural, mas sim condicionada por determinantes sociais, políticos e intersubjetivos. As necessidades de saúde de cada sujeito envolvem tantas outras questões, como as relações intersubjetivas, questões biopsicossociais e subjetivas relacionadas às relações que são tecidas dentre as redes de apoio (CAPRARA et al., 2015).

Ayres (2001) ao se debruçar sobre a noção de sujeito e intersubjetividade, confere especial relevância às relações entre saúde e relações sociais. Para ele, a noção de sujeito, que não existe por si só, é sempre dotada de necessidades e valores próprios e responsável pela produção de sua própria história. Entretanto, a noção de sujeito exercitada pelos serviços formais de saúde não está em sintonia com essa concepção ampliada e transformadora de sujeito, uma vez que o alcance de alguma possibilidade de construção de saúde para o sujeito (leia-se autonomia na gestão do processo saúde-doença-cuidado) está sempre atrelada ao suposto saber pertencente ao profissional que a tutela.

Basaglia (1975), ao desvelar o fenômeno por ele nomeado como as instituições da violência, sustenta que a violência sofrida pelos usuários nas instituições hospitalares está pautada na divisão de funções; onde uns realizam atividades técnicas e outros são meramente sujeitos passivos; onde uns têm poder e outros não, gerando exclusão e opressão. Ao lançar essa discussão para o contexto histórico-social sobre o qual nos apoiamos, demarcado pelos vetores saúde-doença-cuidado, verificamos a tutela exercida pelos profissionais de saúde que, amordaçados por condições de trabalho e necessidade de alcançar, quantitativamente, níveis mínimos de atendimento, acabam por tutelar as decisões sobre os aspectos de saúde dos usuários, postura que também pode ser adotada pela família, cuidadores e comunidade, pois o “paciente” ideal é dócil e passivo a ponto de não gerir sua autonomia, não questionando, portanto, o exercício do poder e da violência que se cria de forma verticalizada entre profissionais, família e cuidadores *versus* usuários.

Entretanto, a dinâmica social tratou-se de demonstrar, ao longo dos anos, que infligir violência de modo escancarado cria novos problemas, pois evidencia contradições e movimentos dos oprimidos na direção de cessar com as violências. Com isso, o poder foi deslocado para a mão dos técnicos, que em nome de um suposto saber continuam oxigenando o ciclo de violência. Segundo Galdino (2012):

A violência se impõe na agenda da saúde mental de diversas formas. Para a política pública de saúde mental, a violência aparece associada à produção do sofrimento psíquico, às barreiras de acesso ao tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos, à gênese e consequências da irrupção de paroxismos antissociais, ao complexo (p. 187).

Com isso, a violência institucional transveste-se em violência técnica, mas o sistema é o mesmo: a criação de novos rejeitados, excluídos e oprimidos, que são mortificados a partir do modo simbólico como são tratados e que, tanto é subjetivo quanto letal.

Aponta Basaglia (2013, p. 102):

O papel dessas figuras intermediárias será, portanto, mistificar a violência através do tecnicismo, sem com isso modificar sua natureza, mas fazendo com que o objeto da

violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso reagir a ela tornando, por sua vez, violento.

Por exclusão, aos sujeitos é imposto as posturas de passividade, de deglutirem a técnica que lhes são impostas sem questionamentos ou participação ativa no modo como são supostamente cuidados e obedecer aos técnicos cuja função é terapêutico-orientadora, com fins de adaptar os indivíduos a aceitarem sua condição de objetos de violência (BASAGLIA, 2013).

Não esquecer, nesse processo, da família como instituição socialmente disciplinadora, sendo compreendida pela literatura atual sobre o tema “como a grande causadora do adoecimento psíquico quanto como potente meio de cuidado e melhora” (SANTIN; KLAFKE, 2011, p. 147). Os dois polos, nos quais a família pode vir a figurar, nos denotam a importância de abarcá-la nesse campo de discussão, seja para entender seu potencial papel de agente adoecedor ou de produtor de saúde.

Quando abordamos, dentro desse processo, a função dos técnicos, não estamos com essa posição descartando o conhecimento científico, mas apenas alertando para o fato de que a *práxis* destoa, com uma certa usualidade, da noção de sujeito que supostamente a fundamenta (ou deveria), sobretudo quando nos referimos à Reforma Sanitária, à noção de vulnerabilidades, direitos humanos e cidadania.

Ainda segundo Ayres (2001, p. 66):

[...] não existe o sujeito individual, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um “sonho” de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente “o outro de cada um” (AYRES, 2001, p. 66).

Há uma certa denúncia nessa afirmação: o tratamento do sujeito como artefato individual, um produtor e reproduzidor de coisas, destituído de autonomia e potência criativa. Subjetividade não é mesmice. Subjetividade pressupõe e requer relação de uns com os outros, campo de conexão e trocas; intersubjetividade. Ou seja:

[...] Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções (AYRES, 2001, p. 70).

De modo diverso, cuidar é construir, conjuntamente, projetos de vida, e sustentar no tempo e diante de projetos antagônicos, formas singulares e autênticas de existir. E mais:

Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora”

precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p. 71).

Em tempo:

Os IT expressam a busca plural por cuidado e sua definição refere-se à busca de cuidado, onde se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes – sob a forma de redes sociais formais e informais – e da resolutividade obtida. As redes informais são compreendidas a partir de relações que se estabelecem por dispositivos sociais, como a posição e papel social na comunidade/sociedade. Por redes formais, compreendem-se as relações estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição (GERHARDT; RIQUINHO, 2015, p. 235-236).

Diante da complexidade do tema e de sua relevância diante de cenários com necessidades de saúde relativas à saúde mental, surge a importância de uma atuação profissional que incentive a libertação e que fomente o desenvolvimento das comunidades e dos seus moradores, ou seja, que incite os membros das comunidades a desenvolver de forma conjunta meios criativos e conscientes que transformem suas vidas (MONTERO, 2010), tarefa que pode ser desempenhada, também, pela pesquisa.

A noção de saúde mental aqui referida aponta-se em Martín-Baró (2017), uma noção que não se reduz a um organismo individual, mas um ser histórico que vive embebido num conjunto de relações sociais. Aqui, a saúde deixa de ser um problema terminal para ser um problema fundamental para compreender os sujeitos e suas relações sociais (GUZZO et al., 2017).

Partindo da realidade objetiva dos povos latino-americanos, Martín-Baró desenvolve o conceito de situação-limite, campo de compreensão que pode ser extensivo à realidade da saúde mental no sertão de Alagoas (GUZZO et al., 2014; 2017). Para Martín-Baró (2017), que germina o conceito no contexto histórico-social de guerra civil em El Salvador, o sujeito, além de ser agente construtor da própria vida, é também responsável pelos processos sociais dos quais participa, sendo que o conceito de situação-limite se refere a uma situação objetiva, concreta e histórica que inevitavelmente desloca o sujeito para situações precárias. Vida vivida por impossibilidades políticas que tiram direitos e a sua dignidade, tomando como exemplo a guerra civil em El Salvador, que trouxe consigo sofrimento mental, violências e adoecimento.

Entretanto, Martín-Baró informa a necessidade de não só prestarmos atenção aos efeitos negativos de uma situação-limite. Seus efeitos psicossociais podem atuar de forma inventiva no cotidiano, em manejos e usos diversos para o enfrentamento das situações de violência e negligência (GUZZO et al., 2014; 2017).

Uma situação-limite, como demonstra Martín-Baró (2017), revela uma contraposição sujeito-sociedade, revela a resistência e a possibilidade de construir novas formas de organização que não estão podadas em virtude da ocorrência da doença mental. Tem-se que “[...] as situações-limite, portanto, significam a possibilidade da ruptura, o momento que marca a identificação das contradições e, assim, impulsionam ações conscientes” (GUZZO et al., 2015, p. 575).

Nessa perspectiva, resta possibilitar o desenvolvimento de práticas de saúde direcionadas para os modos de produção de subjetividades compromissadas com o fortalecimento das capacidades dos sujeitos, da potencialização dos meios de transformação social voltadas para o bem-estar pessoal e coletivo da própria comunidade, além de processos que superem as condições de relações de opressão, submissão e/ou exploração dos mesmos (MONTERO, 2010).

Quando discute sobre as possibilidades de transformação social através das contribuições da psicologia social, Sawaia (2017) sustenta que “[...] a subjetividade é uma das dimensões no interior da qual o processo revolucionário se constrói” (p. 05), transformação que é realizada pelos pensamentos, afetações, sentimentos e ações de sujeitos concretos, que se materializam nas relações de produção, dominação política, entre outros processos que constituem suas subjetividades.

Transformação social se faz possível quando nos pautamos numa reflexão-ação sobre a dimensão subjetiva dos sujeitos. Numa sociedade caracterizada pela extrema desigualdade social, espoliação e dominação política de uns sobre os outros, a tônica do compromisso da psicologia com a transformação qualitativa da sociedade é tão atual quanto o surgimento de uma psicologia social crítica e compromissada, conforme as contribuições aportadas por Lane (1984) e Martín-Baró (2009; 2017).

A discussão é atual e necessária. Por isso, Sawaia (2017) sustenta:

[...] o contexto sociopolítico brasileiro exigia o redirecionamento da Psicologia às questões sociais de nosso País, em busca das estratégias de reorganização popular, o que só seria possível mediante conhecimentos obtidos por pesquisas empíricas sobre a nossa sociedade e seu povo (p. 06).

É no dia a dia, a partir de processos de resistência, coletivos, que podemos nos mobilizar contra os processos de opressão e violência, no sentido de construir formas mais justas e igualitárias de viver, e que certamente influencia na promoção da saúde mental nos espaços os quais ocupamos. O ato de pesquisar fomenta esse processo, também. Pesquisar os itinerários terapêuticos e saúde mental é questionar esses processos estabelecidos e lançar possibilidades de transformação social.

Sobre essas questões, resta dizer que são inúmeros os desafios na atenção à saúde mental de portadores de transtornos mentais severos e persistentes. Dimenstein e Macedo (2012) apontam que, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), inverteu-se o parque sanitário da alta complexidade para as ações centradas na Atenção Básica em Saúde, com ênfase na implantação de serviços substitutivos aos manicômios, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), leitos em hospitais psiquiátricos, dentre outros (BRASIL, 2015). Esse modelo de atenção psicossocial visa a desinstitucionalização e o cuidado no território, garantindo os direitos sociais dos usuários, premissas básicas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com objetivos de estruturar uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Além das questões macro que estão diluídas na efetivação da política pública de saúde, sobretudo no que se refere à saúde mental – como subfinanciamento e gestão – existem os gargalos interpostos pelas especificidades do território, e que por isso requerem o conhecimento da população a ser atendida, lacuna que pode ser preenchidas pelas contribuições oriundas da pesquisa, como a questão dos itinerários terapêuticos, sobre a qual nos atemos, sendo fundantes, também, para a compreensão desses processos, a contribuição dos conceitos de território e cotidiano, pois nos ajudam a qualificar as produções diárias vividas pelos moradores de comunidades rurais.

1.1 Território e cotidiano: percursos conceituais e contextuais, ou sobre o conhecer para transformar

Analisar itinerários terapêuticos é, em última instância, analisar percursos de vida, que são sempre contextualizados (BOGALSKA-MARTIN, 2015). Os itinerários terapêuticos são construções que se relacionam diretamente com o cotidiano, esse conceito complexo que designa, em alguma medida, diferentes visões de mundo e de vida, que são atravessadas por questões sociais, políticas, econômicas, culturais e históricas, dentre outras, que permitirão aos sujeitos exercerem sua capacidade ativa e criativa de construir novas relações sociais que deem conta de suas necessidades, incluindo as de saúde.

Martins (2010), ao escrever o texto *Apontamentos Sobre a Vida Cotidiana e História*, sustenta que, diferentemente das concepções tradicionais, o cotidiano não deve ser reduzido aos usos e costumes, à reprodução da vida; o rotineiro e repetitivo:

Nesse sentido, vida cotidiana não é um modo de vida, mas algo reduzido aos aspectos repetitivos e rotineiros próprios da vida de todo dia, alheios à história e ao acontecer histórico, sobretudo porque confinado às quatro paredes da habitação. Por aí, pode-se dizer que até mesmo as “sociedades sem história” têm vida cotidiana, porque têm usos e costumes (p. 88).

A ideia que concebe a vida cotidiana a partir do que ocorre nos espaços privados se dá em função do cotidiano ser um objeto residual diante de outros tantos conceitos já estudados; complexo, pois não pode ser reduzido a um só elemento explicativo, descritivo, pois se refere a determinado lapso temporal, e composto, dado os diferentes elementos aos quais se refere (MARTINS, 2010).

Dado o cenário embaraçoso no qual se situa, “[...] o cotidiano tende a ser confundido com o banal, com o indefinido, com o que não tem qualidade própria, que não se define a si mesmo como momento histórico qualitativamente único e diferente” (Ibid., p. 89). O cotidiano não se refere, necessariamente, ao íntimo, doméstico, rotineiro. Ele é preenchido de história, de acontecimentos, de usos e costumes diversos. Na contramão do que presumivelmente aparentaria ser, há que se dizer que o conceito de cotidiano não tem sentido se abrimos mão do processo histórico que o faz germinar.

Recorrendo a Lefebvre (1978), Martins (2010) afirma que o cotidiano não pode ser facilmente compreendido como o momento do tempo cósmico, como tempo linear. Martins (2010) ultrapassa a noção de cotidiano pautada na descrição que o situa na passagem do tempo de forma linear e quantitativa, marcado pela acumulação e mensuração, pelas trocas de mercadorias, pelo trabalho mercantilizado e pelo consumo, próprios da nossa cultura recente,

em oposição ao tempo da vida cotidiana, que não tem estilo, do homem sem qualidade, histórico, desencontrado: é o tempo do sujeito. O cotidiano não se forma via acumulação de acontecimentos e não é linear, pois é diverso e composto.

É como afirma Martins (2010) “[...] na vida cotidiana não predomina o longo tempo; predomina o momento, o instante, o presente” (p. 91), pelo movimento, pelo que não está, no todo não constituído. O cotidiano é o lugar de buscar as possibilidades, pois o homem não está preso a determinações históricas, embora só a partir delas possa se expressar. A cotidianidade é “[...] a consciência do lugar das contradições na era do cotidiano. Ela é o momento da história que parece dominado pelo repetitivo e pelo que não tem sentido” (MARTINS, 2010, p. 94).

É a partir do vivido, ou melhor, nas tensões do vivido que o cotidiano tem sua formação.

A cotidianidade, é justamente, o tempo em que o íntimo e o familiar são invadidos por essa dilaceração, pela percepção falseada, deformada, mutilada. O íntimo e familiar está invadido pelo público, pela manipulação da percepção: a televisão, o rádio, o telefone, a internet, portanto, pelo adverso, pelo seu oposto (MARTINS, 2010, p. 94).

Como afirma Certeau (2012), as imposições não conseguem ser totalitárias. Mesmo dentro de uma lógica macroestrutural que impõe usos e costumes específicos, há estilos, maneiras de fazer que são desviantes, e por isso, potentes. Ou seja, “[...] sem sair do lugar onde tem que viver e que lhe impõe uma lei, ele aí instala pluralidade e criatividade. Por uma arte de intermediação ele tira daí efeitos imprevistos” (p. 87).

A imposição do consumo, por exemplo, bem como a colonização aos indígenas realizada pelos espanhóis foi drasticamente alterada, durante seu uso, tomando como ponto de partida seus objetivos iniciais. Consentindo ou não, subjugados e espoliados, a partir das estratégias de sedução ou violência, as imposições eram utilizadas com outros fins que não aqueles dos colonizadores. Destaca Certeau (2012):

Faziam com elas outras coisas: subvertiam-nas a partir e dentro – não rejeitando-as ou transformando-as (isto acontecia também), mas por cem maneiras de empregá-las a serviços de regras, costumes ou convicções estranhas à colonização da qual não podiam fugir. Eles metaforizavam a ordem dominante: faziam-na funcionar em outro registro. Permaneciam outros, no interior do sistema que assimilavam e que os assimilava exteriormente. Modificavam-no sem deixá-lo. Procedimentos de consumo conservavam a sua diferença no próprio espaço organizado pelo ocupante (p. 89).

Esse movimento, pautado no esquema estratégias e táticas, é o que permite a não digestão compulsória das imposições oriundas de uns sobre os outros. Conforme Certeau (2012), as estratégias são ações germinadas em locais de poder que dissipam discursos

totalizantes, reduzindo as relações temporais a relações espaciais, articulando lugares físicos. As estratégias impõem forças a partir de si mesmo, gerindo as demais relações. É o domínio do lugar sobre o tempo. Um lugar que se apresenta de forma autônoma. Já as táticas privilegiam o tempo, sem lugar próprio, o que lhe garante mobilidade para verificar falhas da conjuntura e galgar possibilidades, sem a visão globalizante típica das estratégias, e demarcada pela ausência de poder. Elas implicam movimento dentro do campo de visão interposto pelo adversário. Em última análise, busca fortalecer ao máximo a posição do mais fraco.

Dito de outro modo, as estratégias sinalizam para a resistência que um determinado lugar exerce sobre o tempo, enquanto as táticas referem-se a uma utilização habilidosa desse tempo, além das fissuras que imprime sobre um poder. Rompendo o totalitarismo, a partir dos desvios, cria-se potência frente às imposições.

O fazer cotidiano é reinventado, subvertido, recriado. Embora haja pertencimento com a lógica imposta, esse fazer não é puramente colonizado. Costumes e significados que são construídos inicialmente com um determinado fim são ressignificados em novas ações e práticas, em manejos diversos dos instrumentos e racionalidades estratégicas, subvertendo-as em pensamentos táticos e práticos.

São vários tempos concorrendo em um só. Vários jogos de força, diferentes ideologias e concepções de mundo, que se embarçam, não nos permitindo compreender, de modo simplista, quem dita determinadas regras em certos campos, quais caminhos a política deve seguir, por exemplo.

Fernandes (2016) sustenta que o “[...] cotidiano é a manifestação das formas de relação estabelecida pelos sujeitos com a natureza e a sociedade reguladas em um tempo, ritmo e espaço, os quais irão condicionar as formas de produção da vida” (p. 29). Logo, o cotidiano só se constrói a partir de ações que são vividas e compartilhadas com os outros, dentro de uma rede social que é dividida por todos, um mundo compartilhado que preenche o eu, mas também os outros, os grupos e, inevitavelmente, traz consequências para o viver, pois é num mesmo espaço-tempo, neste mundo compartilhado, que ocorrem os jogos de poder e as disputas políticas.

Não assusta inferir, portanto, que o cotidiano seja preenchido por um viés naturalizador das relações sociais. Quando se naturaliza os jogos de poder e as disputas políticas, erguendo-se uma cortina de fumaça que os encobre, impede-se de perceber que esses processos são construídos socialmente; logo, podem ser modificados a partir do

processo ativo de sujeitos coletivos. Ou seja, na vida cotidiana, há nuances que buscam incessantemente o *status quo*.

Como afirma Bogalska-Martin (2015), o percurso de vida dos sujeitos dá-se a partir da lógica das continuidades e descontinuidades, conservando-se, invariavelmente, a característica que, a despeito dos contextos os quais o sujeito pertença, eles “[...] mantêm uma certa capacidade de ação livre, uma vez que podem evitar as injunções do seu tempo social e histórico” (p. 255).

Lefbvre (1978) realizou uma verdadeira crítica ao modo como o cotidiano foi trabalhado ao longo do tempo, quase sempre qualificado como o lugar do banal. De modo diverso a esse pensamento, apresenta o cotidiano como o lugar das contradições históricas e da insurgência de novas formas de expressão da vida. Nele, estão diluídas todas as contradições que permeiam a realidade, sendo o seu substrato o que permite a existência do que denominamos como História.

Se entendemos que cotidiano é a expressão do banal, do corriqueiro e repetido, de modo indireto, afirmamos que a história será sempre a mesma, não cabendo inventividade, tampouco rupturas nas vidas dos sujeitos e coletivos. Entretanto, preferimos nos alinhar a Lefbvre (1978), por acreditar que, havendo disputas de tempos diferentes, bem como disputas políticas, dentre tantas outras, há espaço para microrrevoluções, gestadas por sujeitos ativos, construtores de suas histórias.

Assim como aponta Lefbvre (1978), no rural essas contradições parecem ainda mais gritantes. Embora não sustentemos que o mero pertencimento geográfico de Jaramataia faça-a uma cidade paupérrima nos mais diferentes sentidos, não é forçoso dizer que o município, assim como tantos outros, carece de políticas públicas que sejam desenhadas e compromissadas com suas especificidades, incluídas aí as relativas à saúde da população do campo e interiorana.

O conhecimento sobre como o processo saúde-doença se constrói e se dilui no cotidiano dos sujeitos, famílias e comunidades é, inegavelmente, atravessado pela noção de território, que é contextual e histórico. Segundo Santos (2008), o conceito de território, herdado da Idade Moderna, foi gestado como um conceito puro, incompleto e intocado. A tentativa feita pelo autor de revisitar o conceito parte da noção de que “[...] é o uso do território, e não o território em si, que faz dele o objeto da análise social” (p. 137), e sustenta que se trata de um híbrido, uma forma impura que precisa ser constantemente revisada, pois o único elemento que com ele permanece é a função de enquadrar nossas vidas (Ibid.).

A compreensão sobre o território nos instrumentaliza contra a alienação, o alcance e reflexão sobre a existência dos sujeitos localizados individual e coletivamente, a construção de algum projeto de vida futura (SANTOS, 2008). Isso porque, os paradigmas se modificaram: se antes os lugares guardavam alguma vinculação com o Estado-Nação, entendido como um povo, organizado num determinado território, com autonomia política e jurídica, ou seja, o Estado sustentava-se sobre um território, e esse estava subordinado àquele; hoje, a ligação se dá com a globalização e o capital financeiro mundial.

O território é caracterizado pela interdependência global dos lugares, configurando uma transnacionalização do território (SANTOS, 2008). Porém, as noções de território-Estado e território-globalizado não se encerram em si mesmos: os territórios são ativos e exercem alguma imposição sobre o mundo, e só podem ser conhecidos se junto à sua análise aliarmos a influência da ciência, da tecnologia e da informação na configuração dos diferentes territórios.

Dito de outro modo, “[...] o território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (SANTOS, 2008, p. 138), embebido em ações humanas que são cada vez mais informatizadas, técnicas e normatizadas, seguindo a lógica da globalização.

A nova noção de território, desatrelado do conceito de Estado, é atravessada por novos elementos, através das horizontalidades e verticalidades. Enquanto as horizontalidades compreendem os lugares vizinhos que constituem uma continuidade do território, relações de cooperação e apoio, as verticalidades são lugares distantes mas conectados por diversos processos sociais locais, mas subsumidos às lógicas do mercado global, também denominado lugares em rede (SANTOS, 2008). É a interconexão local-global.

Conhecer a realidade é conhecer o território: o território usado. As grandes contradições passam pelo uso do território. Em todos os casos, necessário dizer que o território é humano, e que a informação adquire a função de atuar como elemento de coesão entre as partes que compõem um determinado território, que é “[...] marcado por um cotidiano que é compartilhado mediante regras que são formuladas ou reformuladas localmente” (SANTOS, 2008, p. 141).

Articular os aspectos simbólicos, a cultura e o modo de vida, construídos num território específico sob o guarda-chuva do cotidiano, as formas de convivência social e comunitária, compreendendo as concepções e práticas de cuidado em saúde e apoio social, aliando a fatores como idade e gênero é uma dimensão importante para compreender as especificidades de saúde mental desses contextos.

Pensar a saúde mental nesse modelo, utilizando tais conceitos e perspectivas teóricas, só é possível quando se alarga o campo da Psicologia, recorrendo a outras fontes de conhecimentos, no exercício contínuo de diálogo que busca, a partir de uma perspectiva multidimensional, abarcar as amplas porosidades que compõem o processo saúde-doença-cuidado, pois considera-se que tanto o território quanto o cotidiano podem funcionar como gatilhos que disparam o adoecer psíquico ou fatores de proteção contra as vulnerabilidades presentes no território

Monken et al (apud BELARMINO et al., 2012) consideram que a categoria território passa a assumir lugar central nessa perspectiva, ressaltando a importância de se conhecer a centralidade do espaço no debate sobre saúde-doença-cuidado, pois é nos elementos abarcados no conceito que podem ser desvendadas as relações sociais que estão associadas a vulnerabilidades. Não se trata de um espaço geográfico puro e simples: é um espaço usado, como bem apontado outrora a partir das contribuições de Santos (2008), carregado de uma caracterização específica de população, modos de vida, relações sociais próprias, corporificando-se num espaço subjetivo. Saúde depende do lugar em que se vive.

Firpo et al. (2015) nos ajudam a clarificar ainda mais esse ponto. Segundo os autores:

O território é o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de moradia, de acesso à educação, inseridos em contextos econômicos e produtivos, ecológicos e culturais. Portanto, todo território possui dinâmicas, recursos, saberes, poderes e disputas que precisam ser reconhecidos pelos profissionais e sistemas de saúde (p. 26).

Isso influi nas concepções de saúde e doença, no quadro epidemiológico, na definição dos problemas, nas necessidades e prioridades de saúde, no reconhecimento e vigilância dos riscos ocupacionais, ambientais e sanitários como um todo, bem como nas potencialidades de políticas intersetoriais, de promoção da saúde que podem influenciar o desenvolvimento territorial, a vida e a saúde das populações e dos ecossistemas.

Dentre esses territórios poucos visibilizados encontra-se o semiárido, território nem sempre alvo de produções teóricas que o repensem como lugar multifacetado, e que não fiquem restritas às carências que também o compõe. Camurça e Ximenes (2017), ao escreverem sobre pobreza, seca e suas implicações na saúde mental, referem que é possível novas possibilidades de existir no contexto do semiárido brasileiro, pois há:

[...] possibilidades de viver e conviver com o sertão nordestino, desde que haja adaptação da população ao ambiente, a criação e implementação de novas políticas públicas de convivência com a seca, assim como a garantia de direitos sociais (p. 175).

Notadamente, essa posição destoa do olhar apriorístico e comum que busca lutar contra as características naturais do espaço do semiárido, e não conviver com elas, posição que se torna passível de efetivação a partir do desenho e implementação de políticas públicas que tenham tal fim.

O olhar apriorístico e comum sobre o semiárido brasileiro foi construído historicamente, através de um discurso que toma a falta de água como problema nodal, e explica as queixas sociais única e exclusivamente a partir das variáveis naturais. Diversamente, sustentamos que existem outros fatores sociais e políticos que coadunam para o problema da seca no sertão, como as condições de vida e a desigualdade social. É preciso enxergar o sertão como fenômeno social, entender os problemas que se circunscrevem nesse espaço (incluindo a saúde mental) como construídos por fatores que extrapolam a influência da natureza (Ibid.).

Se é verdade que a pobreza e a seca são uma dentre várias outras características do sertão, é também verdadeiro que elas se expressam dentro de um determinado contexto sócio-histórico. Pobreza e seca não são fenômenos uníssonos: são delimitadas dentro de um modo de produção capitalista, que se estrutura a partir da desigualdade entre ricos e pobres, acentuando a exclusão social, provocando humilhação, sofrimento e mal-estar, afetando negativamente os modos de vida, os aspectos sociais, econômicos, culturais e subjetivos dos sujeitos e coletivos. Assim, os impactos da seca incidem tanto na formação social, econômica e política da região, quanto também influenciam no desenvolvimento do psiquismo e nos modos de vida de seus moradores (CAMURÇA; XIMENES, 2017).

O processo de construção da saúde-doença é idiossincrático e perpassado por diversos elementos no semiárido brasileiro, como acesso à água, o coronelismo, mandonismo político, violência, precariedade das políticas públicas que fornecem os elementos necessários para a consolidação da vulnerabilidade em saúde, que deteriora as dimensões saudáveis do viver, contribuindo para a imersão do adoecimento mental (CAMURÇA; XIMENES, 2017).

Compreender os modos de subjetivação no sertão requer analisar a vida cotidiana e a realidade, sem abrir mão de entrelaçá-las com a análise dos processos macrossociais, como a cultura e política, como fatores que convergem, podendo alterar a rotina, reduzir ou dificultar opções de lazer, bem como o sono, alimentação e higiene, favorecer à tristeza ou aborrecimento, além de dificultar o acesso aos serviços básicos de saúde (CAMURÇA; XIMENES, 2017).

Realizar essa tarefa requer, por sua vez, esse reexame que desloca nosso olhar para o território e o cotidiano; que implica transitar das respostas simplistas e reducionistas para

questionar o sujeito com o qual lidamos, e que é constituído por questões espaço-tempo como apontam Lefbvre (1978), Martins (2010), Santos (2008).

A psicologia aliada a compreensões teóricas que permitem ampliar os horizontes teórico e metodológico não aprisiona, ao contrário, permite buscar novas possibilidades, neste caso, novas possibilidades de se construir cuidado à saúde mental no semiárido alagoano.

2 NORDESTE E SERTÃO: (DES)CONSTRUINDO CATEGORIAS

O Quinze foi o primeiro livro escrito por Rachel de Queiroz (1910 – 2003) e publicado em 1930. Trata-se de uma narrativa sobre a seca de 1915, que assolou o interior do Ceará, levando fome para os cearenses. Conseqüentemente, ocorreu um êxodo rural em direção à capital do estado – Fortaleza, desencadeando, como resposta dada pelo governo, à época, a construção de campos de concentração para abrigar os migrantes.

Alagadiço, o maior campo de concentração, ficava nos arredores de Fortaleza, e sobre ele versa, também, a narrativa, observada pela personagem principal, Conceição, uma professora residente na capital do estado, mas que, nas férias, visita a fazenda dos pais. Ao longo de dois meses ela observa os moradores locais, além de conviver com Vicente, um vaqueiro que com ela constrói um certo romance. Vicente é filho de um proprietário de terras, e assume um tipo oposto em ideias e valores à Conceição, o que denota certo contraste na obra. A leitura permite observar certa oposição entre capital e interior; campo e cidade, bem como seus respectivos valores, assumidos através da caracterização das personagens.

Em outro polo da obra, tece-se a narrativa sobre Chico Bento: um retirante. Assim como Vicente, Chico Bento era vaqueiro em uma fazenda, mas em virtude da seca, perdeu o trabalho e as condições de vida no interior, e acaba migrando para a cidade. A mudança forçada de domicílio ocorre porque, com a falta de pasto para o gado, alguns fazendeiros resolvem soltar os animais, e isso acontece na fazenda da Dona Maroca, em Quixadá, onde Chico Bento trabalhava. A alternativa utilizada pela família para alcançar a capital é recorrendo ao governo para conseguir uma passagem de trem, mas isso não acontece e o trajeto é feito a pé, processo que demonstra a penúria enfrentada pelos sertanejos.

Durante o trajeto, a fome vai ganhando cada vez mais espaço na vida das personagens, dificultando ainda mais a passagem, elevando-os a alcançar condições animais na tentativa de sobreviver. Essa situação pode ser exemplificada, por exemplo, quando, ainda durante o percurso, eles encontram outros retirantes que estão comendo um boi morto na estrada. Assustados com a cena, a família divide o pouco alimento que possui com os outros retirantes. A narrativa foca nas perdas que a família sofre ao longo do percurso e no retrato da miséria de outros retirantes que eles encontram durante o caminho até a capital.

O caminho percorrido até a capital é, na verdade, a luta do sertanejo contra a exploração política que se expressa na natureza. A fome, a miséria e as perdas são elementos comuns na narrativa, presente não só na descrição da família, mas também na própria

composição do contexto nordestino. A busca pela sobrevivência de Chico Bento o aproxima de um animal político. É uma verdadeira luta pela vida.

Do ponto de vista literário, *O Quinze* pode ser descrito como uma prosa regionalista nordestina, uma espécie de denúncia da situação social, que utiliza a seca como pano de fundo para compor um quadro geral sobre a situação de vida das pessoas do Nordeste brasileiro. A preocupação e a luta por manter-se vivo serve como costura entre os elementos e histórias da narrativa que, além de descrever seus sujeitos, acaba por descrever e estimular o imaginário social sobre o Nordeste, compondo uma narrativa dentre as várias possíveis sobre a região.

Segundo Albuquerque Júnior (2009), Rachel de Queiroz, assim como outros autores da época, são responsáveis por construir uma imagem do Nordeste que está assentada na memória de um passado saudoso e bucólico e na reação ao moderno, às transformações industriais e tecnológicas. A obra da escritora será aqui utilizada como mote, assim como outras referências artísticas e científicas, para revisitarmos a construção social do que veio a ser nominado como Nordeste.

É imperativo dizer que, o Nordeste, enquanto categoria, é resultado de um processo imagético-discursivo do século XX, pois até então não existia (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009), que atribui à região uma certa origem. A partir de diferentes mãos, criou-se uma história regional que, com base em uma ampla retrospectiva, buscou dar à região um determinado estatuto, universal e histórico, construída a partir de um passado que não se realizou, como se existisse uma identidade regional *a priori*, consolidada e que deveria ser preservada.

Nesses moldes, o sociólogo Gilberto Freyre (1900 – 1987) recorre à influência dos holandeses no século XVII para diferir o Nordeste de outras regiões que formaram o país. Segundo ele, a formação da cidade do Recife como importante centro administrativo, financeiro, comercial e intelectual teria contribuído para a consolidação de uma certa cultura diversa da do restante do país, bem como a formação de uma consciência regional (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009).

Na formulação do discurso imagético que descreve a invenção do Nordeste enquanto categoria, embora a seca e a ideologia continuem a fazer parte da história da região, não são necessariamente os fatores naturais que dão identidade e origem à região. São os fatores históricos e culturais destas narrativas diversas que são responsáveis sobre a germinação da região denominada Nordeste (Ibid.).

Salienta Albuquerque Júnior (2009):

[...] Ao optar pela tradição, pela defesa de um passado em crise, este discurso regionalista nordestino fez a opção pela miséria, pela paralisia, mantendo parte dos privilégios dos grupos ligados ao latifúndio tradicional, a custo de um processo de retardamento cada vez maior de seu espaço, seja em que aspecto nos detenhamos (p. 90).

Isso porque houve um movimento de buscar na cultura ideais de verdadeiras raízes, próprias da região, recorrendo-se a tradições que permitissem algum equilíbrio entre a nova ordem, expressa a partir da modernização, e a anterior, de um Nordeste pré-capitalista. A procura por uma identidade regional realizada por diversos nomes em diversos campos do conhecimento foi um movimento contra dois processos: a globalização e a nacionalização.

Um movimento que se contrapõe à globalização, pois ela amplia e pulveriza as relações econômicas e sociais, fruto da modernidade, enquanto a nacionalização, com base na burocratização e poder concentrado na figura do Estado, também se orienta por princípios modernos, que estão na contramão de um movimento cultural que buscou definir o Nordeste em termos de memória, tradições culturais, na tentativa de coser um elemento que vinculasse os homens, dando-lhe uma identidade, elementos que são ligados a um passado, a um saudosismo, a perdas, sobretudo. Ou seja, o Nordeste, enquanto discurso e imagem, foi construído por diversos nomes que foram firmes num movimento anti-moderno, conforme já apontado.

Em *O Quinze* isso fica bem exposto. Os homens, evadidos do interior, partem em direção à capital, cujo elemento motivador é a perda. Perda de suas condições de vida, de sustento e trabalho, e isso os liga, conferindo uma pseudoidentidade e, embora esse movimento ocorra, ele não se encerra em si. Rachel de Queiroz, assim como vários outros autores, exploram o desejo pelo retorno, a memória das origens das personagens, uma ligação direta com o passado. Não é uma narrativa que equipara o homem a um animal. A submissão e a animalização só são possíveis porque o sujeito é cercado por um viés político que o enquadra nessa condição.

Cria-se, segundo Albuquerque Júnior (2009), uma fábula espacial. Vejamos:

A perda é o processo pelo qual estes indivíduos tomam consciência da necessidade de construir algo que está se acabando. O fim do caráter regional da estrutura econômica, política e social do país e a crise dos códigos culturais desse espaço fazem pensar e descobrir a região. Um lugar criado de lirismo e saudade. Retrato fantasioso de um lugar que não existe mais, uma fábula espacial (p. 91).

A tentativa de construir o Nordeste no molde imagético-discursivo é feito com base no desejo de manter os aspectos culturais e folclóricos estáticos, contra o projeto moderno que havia sido forjado desde meados do século XIX em todo o mundo, pois seriam a cultura e o

folclore responsáveis por garantir características próprias à região, em detrimento de outras. Esse processo, inevitavelmente, desembocou num engessamento das tradições e das práticas culturais presentes nesse espaço. Na medida em que se contrapôs à modernidade, à cultura cosmopolita, a posição imagético-discursiva sobre o Nordeste buscava impedir a transformação desses elementos, exigindo sua imutabilidade, tornando-a obsoleta, ao tempo que produziam um novo Nordeste (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009).

A tradição seria, portanto, uma característica nodal da região, “expressão da mentalidade popular” (Ibid., p. 92). Em tempo:

[...] o folclore apresenta, pois, neste discurso tradicionalista, uma função disciplinadora, de educação, de formação de uma sensibilidade, baseada na perpetuação de costumes, hábitos e concepções, construindo novos códigos sociais, capazes de eliminar o trauma, o conflito trazido pela sociabilidade moderna.

O princípio que rege a construção da tradição – *status quo* – é o que subsidia a própria construção da região, a partir de seus vários aspectos sociais, históricos e culturais. Um lugar se constrói por sujeitos, por sujeitos ativos. Esses sujeitos, responsáveis pela invenção do Nordeste, foram o sociólogo Gilberto Freyre, os escritores José Lins do Rego (1901 – 1957), Ariano Suassuna (1927 – 2014) e Rachel de Queiroz, o músico Luiz Gonzaga (1912 – 1989), o poeta Manuel Bandeira (1886 – 1968), dentre outros. Ou seja, conhecer suas produções teóricas e artísticas é, em última instância, conhecer o Nordeste que por eles foi produzido.

A memória e o passado serviram a esses intelectuais e artistas como substrato para consolidar uma imagem sobre o nordeste, dando visibilidade à região, um olhar extremamente específico e que privilegiou determinados aspectos, bem como explorou sobremaneira a dizibilidade, expressando-se na organização de seus discursos e práticas artísticas. Organizando discursos e práticas artísticas, situadas no presente, buscou-se medir forças contra discursos modernos, ou seja, reificar o passado. Certamente foi um período de crise de valores, de transição entre valores rurais e pré-capitalistas e ditames modernos, impingindo a busca por uma nova identidade.

Segundo Lima (2013), os intelectuais experimentavam certo desconforto, pois pensavam como europeus e sentiam como brasileiros, assumindo como objeto de análise o homem do interior, interior que se apresenta a partir da região Nordeste, visto como o espaço da barbárie e do atraso cultural, em oposição a outras regiões do país nas quais se desenvolveria um projeto autêntico nacional.

Nesse processo:

A história, em seu caráter disruptivo, é apagada e, em seu lugar, é pensada uma identidade regional a-histórica, feita de esteriótipos imagéticos e enunciativos de caráter moral, em que a política é sempre vista como desestabilizadora e o espaço é visto como estável, apolítico e natural, segmentado apenas em duas dimensões: o interno e o externo. Interno que se defende contra um externo que o buscaria descaracterizar. Um interno de onde se retiram ou minimizam contradições (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009, p. 93).

A tentativa de construir o Nordeste embasa-se num movimento de oposição a um outro: contra o movimento de industrialização e urbanização que se iniciava na região sul e sudeste do país. No confronto entre homens e máquinas, parece haver um desconforto em virtude de uma possível identidade ameaçada.

A tentativa de manter intacta as características tidas como locais busca manter o passado, o conhecido, como uma posição de conforto. E há um porquê nisso. Embora estejamos falando do Nordeste das primeiras décadas do século XX, é relevante considerar que não estávamos apartados das outras regiões do país, tampouco do restante do mundo. Esse período histórico sucedeu décadas anteriores nas quais germinaram eventos de grande importância para o mundo, e que certamente influenciaram as produções teóricas e artísticas citadas ao longo dessa incursão.

O sertão, então, como lugar do atraso, também é designado como paradisíaco, da doença e do abandono. Há um sentimento de estranhamento em relação ao interior que perpassa tantas gerações de brasileiros letrados.

Nas décadas finais do século XIX e início do século XX, os Estados Unidos da América iniciaram um período de intensa produção industrial. Era o início de um período que ficou conhecido como Revolução Industrial, consolidado através de transformações sofridas pelo mundo do trabalho e pelo modo de produção capitalista. Uma consequência do processo de industrialização norte-americana foi o processo de urbanização. Até 1850, a grande esmagadora parcela da população vivia no campo, mas a partir desse período já era possível perceber grande solidificação do espaço urbano, com formação de uma classe média, leitora e atenta às inventividades da modernidade (FERNANDES; MORAIS, 2007). Esse processo, não restrito ao solo norte-americano, ocorreu também no continente europeu, e tardiamente, no solo brasileiro, exigindo novos enquadres para o surgimento de uma nova nação, de forma especial, no sul e sudeste, provocando êxodo rural, urbanização dos primeiros grandes centros, industrialização e formação de uma classe média atenta à cultura urbana, consumidora de revistas, livros, poesia e afins.

Somos alinhados àqueles que acreditam que as produções teóricas não estão apartadas das condições políticas, sociais e econômicas de um determinado período. De modo diverso,

apostamos na ocorrência de um processo de retroalimentação. Uma vez que analisamos a invenção do Nordeste apoiados em diversos nomes que se colocaram em prol dessa função, a partir de seus diversos trabalhos, avizinhar produção teórica – contexto social é a via encontrada para afastar qualquer entendimento que enxergue nesse texto uma crítica fervorosa e que desqualifica esses trabalhos.

Compreender o que os artistas e autores produzem sob uma perspectiva internalista – tomando-as por si sós como suficientes para compreendê-las – cria um reducionismo, pois diminui grosseiramente o impacto do contexto social sobre suas produções.

Ampliar a visão para o contexto social consentâneo à época das produções é imprescindível, pois os discursos culturais, artísticos, poéticos e científicos que provocaram direta ou indiretamente a construção imagética do Nordeste é fruto da imersão de seus autores nesse contexto e seus condicionantes históricos, sociais e políticos para além de um personalismo intelectual e artístico.

Dito de outro modo, é perigoso ficarmos enclausurados apenas nas produções em si mesmas, nos aspectos intelectuais ou racionais quando buscamos compreender o que tem sido o Nordeste, já que ele é produto de uma determinada comunidade, de uma construção localizada temporal e espacialmente. Compreender essa comunidade é compreender o Nordeste.

Não é difícil perceber, portanto, que analisar os elementos aqui trazidos para compreender o pensamento social que germinou a construção da região, deslocados de seus determinantes histórico-sociais (isso ocorre no presentismo) deturpa a análise, não sendo possível esperar dela mais do que um olhar caricato sobre os autores e artistas relacionados à empreitada. Utilizar a postura presentista é interpretar a história a partir da utilização de conhecimentos atuais, compondo uma análise tendenciosa e que pode confundir aspectos de uma obra e/ou teoria (WERTHEIMER, 1998).

Ainda em Rachel de Queiroz, é possível verificar sua preocupação com o tempo e o espaço, esse estável; àquele, não. Segundo a autora:

O tempo nos gasta como lixa, nos deforma, nos diminui e nos acrescenta. Os olhos de trinta anos desaparecem, a forma de ver também. Razão porque o espaço é repositório da memória, das marcas do tempo; é a dimensão que, segundo ela, deve proteger o homem dessa sensação de vertigem. O espaço seria a dimensão conservadora da vida (QUEIROZ, 2016, p. 98).

Sendo o espaço uma dimensão conservadora da vida, seria a partir dela que qualquer projeto de identificação seria construído. Esse lugar que se divide entre tristeza e alegria. Como em Luiz Gonzaga fica expresso, na música Asa Branca:

Até mesmo a asa branca
 Bateu asas do sertão
 Entonce eu disse, adeus Rosinha
 Guardai contigo meu coração
 [...]
 Hoje longe, muitas léguas
 Numa triste solidão
 Espero a chuva cair de novo
 Pra mim voltar pro meu sertão

A música, com forte tom regional, foi escrita por Luiz Gonzaga e Humberto Teixeira em 1947. Seu conteúdo versa sobre a seca no sertão, que a depender de sua intensidade, faz migrar além do homem, a ave asa-branca, animal resistente às severas secas, o que demonstra a gravidade do fenômeno. As perdas, associada à seca, justificam a migração do enunciador. É o discurso, também, de massa, que identifica a região através desses mesmos elementos, constituindo-se como um discurso estereotipado e reducionista, uma história de luta e resistência que condensa outros elementos utilizados para designar a região: o deslocamento no tempo, a ideia de retorno, o espaço da saudade, o desejo pela permanência do tempo histórico para que, no retorno, se desfrute das mesmas coisas que antes, revelando um discurso próprio sobre a região.

Através da utilização das categorias seca e retirante construiu-se historicamente um bloco homogêneo consumido pelo imaginário popular, nominado como Nordeste. Todos os grandes nomes que citamos são responsáveis por construir um Nordeste “[...] cuja visibilidade e dizibilidade estão centradas na memória, na reação ao moderno, na busca do passado como dimensão temporal; assinaladas positivamente em sua relação com o presente” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009, p. 100). Nesse processo, o personagem que recebe os nomes de sertanejo, caboclo ou caipira foi objeto de diversas avaliações, sejam positivas ou negativas, otimistas e desesperançadas. Para Lima (2013), são essas aparições que dão lastro para encontrarmos as raízes do pensamento social brasileiro que explicam o que se chama de Nordeste.

Com Gilberto Freyre “[...] a região passa a ser pensada como um problema social e cultural, com a emergência de uma nova formação discursiva” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009, p. 101). Assim, o Nordeste pode ser compreendido nos termos de “[...] região como expressão cultural, não apenas como reflexo do meio, da raça ou das relações sociais de produção. Região como um “ente cultural, uma personalidade, *um ethos*” (Ibid., p. 101, grifo do autor).

A região nordeste passou a ser utilizada como uma arma contra a centralização política, a insurgência do processo de expansão capitalista, da industrialização e urbanização,

além do consumo de cultura europeia e norte-americana. A bandeira regionalista, levantada por Gilberto Freyre, assume a missão de opor-se ao imperialismo, à importação cultural, imposição de valores, ou seja, coloca-se contra a colonização cultural do país. Para ele, a cultura da região deveria sobreviver pelos próprios elementos, é a partir da cultura que ele busca compreender a identidade da região (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009).

2.1 Sertão e Semiárido: intersecções entre espaços diversos produzidos socialmente

Segundo Teixeira (2016), o termo sertão, embora utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como referência para um território institucionalizado, definido em termos de subárea nordestina, pobre e árida, aglutina acepções que extrapolam os limites de uma definição em termos climáticos ou mesmo espaciais.

Sertão pode ser melhor compreendido como categoria histórico-social que foi forjada por diversos autores ao longo do século XX, responsáveis por parcela considerável sobre o pensamento social brasileiro. Em suas diversas acepções, pode ser entendido como interior, como região pouco povoada, relacionada sempre a uma dinâmica social própria que só pode ser digerida quando lido com base em sua história de formação social.

Segundo Teixeira (2016), o conceito semiárido possui uma gama de marcadores próprios, que vão dos climáticos aos biológicos. Vejamos uma definição:

O termo semiárido envolve uma referência climática, que marca uma característica do ecossistema desta região, que é o índice de pluviosidade baixa, isto é, menor de 800 mm ao ano. O período da chuva também se restringe a 3 ou 4 meses durante o ano. Além disso, existe um índice de insolação grande, tendo sol quase todos os dias do ano. A temperatura varia entre 23°C e 27°C. O solo desta região é rochoso, arenoso e raso, que somado ao clima da região, é apontado por estudiosos como propenso à desertificação. O ecossistema dessa área tem características particulares [...] (TEIXEIRA, 2016, p. 773).

Em 1991, a Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias (EMBRAPA) mapeou a área semiárida brasileira. Os números demonstram que a área se estende por 86,48% dos estados do Nordeste, 11% de Minas Gerais e 2,51% do Espírito Santo, correspondendo a uma área de 974.952 km² (EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISAS AGROPECUÁRIAS, 2019).

Um fato relevante é que o índice de pluviosidade abaixo de 400 mm é restrito a uma área pequena do semiárido, sendo o índice de pluviosidade médio da área de 750 mm. Ou seja, embora haja problemas reais de distribuição de chuvas ao longo do tempo na área que

compreende o seu espaço, não existe ano no qual não chova, o que demonstra um problema maior na constituição da área e vai além das questões naturais.

O discurso tradicional e estéril associa seca com a pura e simples falta de água, discurso oriundo das produções artísticas, culturais e científicas do início do século XX, bem como de um viés político e ideológico, responsáveis por construir, como vimos na seção anterior, um mosaico imagético-discursivo sobre o Nordeste e o sertão.

Camurça e Ximenes (2017), ao escreverem sobre pobreza, seca e suas implicações na saúde mental, referem que é possível novas possibilidades de existir nesses contextos, pois há:

[...] possibilidades de viver e conviver com o sertão nordestino, desde que haja adaptação da população ao ambiente, a criação e implementação de novas políticas públicas de convivência com a seca, assim como a garantia de direitos sociais (p. 175).

Notadamente, essa posição destoa do olhar apriorístico e comum que busca lutar contra as características naturais do espaço, e não conviver com elas, posição que se torna passível de efetivação a partir do desenho e implementação de políticas públicas de permanência e convivência da mulher e do homem com o semiárido brasileiro. Enquanto as políticas de convivência com a seca buscam fixar os sujeitos em seus territórios e explorar as capacidades locais, garantindo os direitos básicos para os sujeitos, coletivos e comunidades, as políticas que buscam combater a seca naturalizam sua existência, e são infrutíferas, pois pontuais e localizadas, privilegiam uns em detrimentos dos outros, provocando consequências sociais perversas, como êxodo rural, vulnerabilidades e afins.

O olhar apriorístico e comum sobre o qual falamos foi construído historicamente, através de um discurso que toma a falta de água como problema nodal, e explica as queixas sociais única e exclusivamente a partir das variáveis naturais. Diversamente, sustentamos que existem outros fatores sociais e políticos que coadunam para o problema da seca no sertão, como as condições de vida e a desigualdade social. É preciso enxergar o sertão como fenômeno social, entender os problemas que se circunscrevem nesse espaço (incluindo a saúde mental) como construídos por fatores que extrapolam a influência da natureza (CAMURÇA; XIMENES, 2017).

Se é verdade que a pobreza e a seca são uma dentre várias outras características do sertão, é também verdadeiro que elas se expressam dentro de um determinado contexto sócio-histórico. Assim, os impactos da seca incidem tanto na formação social, econômica e política da região, quanto também influenciam no desenvolvimento do psiquismo e nos modos de vida dos moradores (Ibid.).

Se antes o baixo índice de pluviosidade estava associado à seca e à fome, o debate atual concentra-se na ausência de políticas públicas que fomentem estruturas que permitam o convívio dos sujeitos com as especificidades da região. Em tempo:

Assim, as negociações políticas direcionam seus argumentos rumo a uma infraestrutura adequada adaptada ao clima semiárido baseado em conhecimentos tradicionais no manejo com este meio ambiente. No bojo destas negociações, os novos atores políticos desenvolvem a linha argumentativa associando a distribuição do conhecimento de técnicas agrícolas adequadas ao meio ambiente com as infraestruturas apropriadas com aquele ecossistema. Ao associar estas duas medidas, seria possível diminuir a vulnerabilidade dos grupos sociais desprivilegiados daquela região (TEIXEIRA, 2016, p. 775).

O problema da seca sempre foi querer acabar com ela, o que é impossível, pois os períodos de estiagem são características da região. O autor se refere às políticas públicas que se institucionalizaram ao longo dos anos, desde o Império, e que sempre visavam “acabar” ou “amenizar” os períodos de estiagem próprios da região. As políticas de combate à seca que não priorizavam o fortalecimento de tecnologias à convivência com o semiárido. Já que essas tecnologias implicam no questionar as lógicas da dominação estrutural e coronelista presente nestes territórios.

Segundo Alencar et al (2016), “[...] a seca é um fenômeno natural e físico que ocorre com certa regularidade no Nordeste. Pode se repetir de 8 a 10 vezes em um século e chega a estender-se por até cinco anos, causando problema de natureza social e política” (p. 117).

A associação realizada entre seca e falta de água possui um viés eminentemente político. Durante várias décadas, as soluções encontradas pelos governos foram baseadas na construção de obras caras e, por vezes, ineficazes para minimizar um problema que, do ponto de vista social, é amplo e complexo. Mesmo quando realizadas, essas obras abarcavam pequenas parcelas da população, sobretudo grandes proprietários de terras e produtores, elite que se beneficiava das benesses governamentais. O efeito causado retoma outro problema presente nesse contexto: a desigualdade social entre ricos e pobres.

Há outra função no discurso que utiliza a naturalização da seca através da associação com a falta de água. Uma vez que se credita à falta de água a ocorrência de seca, argumenta-se que, sendo um processo natural, nada pode ser feito, restando apenas a migração como oportunidade de se construir outro modo de vida, impondo, portanto, aceitação das consequências da seca como problemas naturais. Basta retomarmos a letra de Asa Branca para situarmos essa asserção: *“Eu perguntei a Deus do céu, ai, Por que tamanha judiação?”*. O eu lírico, em vez de buscar na teia social a explicação para as consequências sociais da seca, utiliza a religiosidade como possível fator de explicação para a situação, elemento comum no

cotidiano do nordestino. Só desnaturalizando essas compreensões nebulosas sobre a realidade é possível conhecer esses processos e empreender ações para diminuir suas consequências danosas.

Ainda segundo Alencar et al (2016):

Expressos no cotidiano das áreas rurais, os impactos da seca incidem nas perdas na agricultura e na pecuária, fazendo com que haja a exposição dos moradores a um elevado nível de estresse, chegando a afetar a saúde desses sujeitos ao submetê-los a um cotidiano de incertezas e indefinições (p. 119).

Reconhecer que o Nordeste é uma região imbrincada em fatores como exclusão, desigualdade e vulnerabilidade social, faz-se imperativo retomar as condições de formação social da região, não tomando a estiagem como único fator responsável por compor esse panorama de carências.

Além disso, “[...] é preciso o conhecimento de que os impactos da seca são materiais e imateriais, objetivos e subjetivos” (ALENCAR et al., 2016, p. 121), e que os empreendimentos devem ser vastos para minimizar ou superar, minimizando os riscos que a seca provoca à integridade dos sujeitos.

A tarefa é conviver com o semiárido nordestino. A condição é a existência de políticas públicas, desenhadas para dar conta das especificidades e necessidades dos sujeitos e comunidades, seja a partir da exploração das potencialidades da região, a visibilidade das tecnologias sociais para convivência com o semiárido que visem fixar os sujeitos, evitando as migrações em busca de condições mínimas de vida, garantindo-se, portanto, o acesso aos direitos sociais, como saúde, educação, trabalho etc.

Ao pesquisar sobre os contextos rurais, por exemplo, Dimenstein Leite e Silva (2013) verificaram a existência de vulnerabilidades atuando sobre sujeitos no alto sertão paraibano. O olhar dos pesquisadores sobre o referido contexto revela um “[...] espaço que ainda apresenta taxas lastimáveis de pobreza, baixos níveis de escolaridade e de atenção do poder público, no que tange ao desenvolvimento social” (p. 268), compondo uma extrema desigualdade social, “[...] um lugar com pouca atuação governamental relativa à promoção da saúde e assistência social” (p. 268).

Essa realidade implica questões para a política pública de saúde, sobretudo a qualificação dos serviços, o diálogo com saberes tradicionais como requisito para efetivação do Sistema Único de Saúde nesses territórios existenciais, caso contrário, funcionam como vulnerabilidades que podem vir atuar sobre os mesmos sujeitos, os quais deveriam estar abraçados pela rede de serviços. Porém, o que tem sido percebido é que o acesso aos serviços

é extremamente difícil, bem como a dinâmica organizacional dos mesmos não facilitam a participação desses moradores na rede de atenção psicossocial (DIMENSTEIN; LEITE; SILVA, 2013, p. 269). Garantir circulação dos sujeitos nos espaços nos quais práticas de cuidado são construídas é requisito para uma discussão que situa a saúde como um direito humano, sob pena de se incorrer em ausência institucional, iniquidades e marginalização de grande parcela dos cidadãos.

Conforme aponta Dantas et al. (2018):

[...] destacamos a persistência do modus individualizante e etnocêntrico que norteia a compreensão e a intervenção da psicologia no processo saúde-doença-cuidado, perspectiva que produz efeitos tanto na organização do processo de trabalho e na vida cotidiana daqueles que buscam os serviços quanto na capacidade de produzir interferências em um cenário no qual pobreza, desigualdade, exclusão e violação de direitos têm ampla visibilidade. Tal postura não tem proporcionado produção de conhecimentos, de competências e habilidades orientadas por uma perspectiva territorial, a qual implica em considerar as múltiplas determinações e singularidades dos modos de vida, das relações afetivas, das sociabilidades e vínculos entre sujeitos e instituições que reverberam nas formas de adoecimento e sofrimento, bem como nas possibilidades de suporte e cuidado (p. 02).

Isso porque, conforme sustenta Fernandes (2014), a psicologia, enquanto ciência, tem seus pilares ancorados sobre o homem moderno, intrinsecamente forjados nos grandes centros urbanos. Os tensionamentos levantados até aqui nos exigem desconsiderar a apresentação de condutas prontas a serem aplicadas à realidade, à díade saúde mental – sertão.

O propósito é constituir, dialogicamente, um campo de saber que se encontra em permanente construção, não “[...] pronto, mas em processo de invenção e criação que, por meio das práticas cotidianas produzidas no local em que se intervém e pesquisa, configuram conhecimentos que correspondam à realidade daqueles que ali vivem [...]” (FERNANDES, 2014, p. 101). Qualquer ação que destoe desse parâmetro acaba enrijecendo análises e intervenções, na medida que confere apenas aos técnicos capacidade de compreensão e intervenção sobre o real.

Ao longo das últimas décadas, o distanciamento da psicologia das formas de vida do sujeito comum – incluindo-se o sertanejo – produziu uma hierarquização dos conhecimentos, impondo um modo de ser, de produzir saúde e afins, apresentando-se, com o aval lhe conferido pela ciência, como uma verdade a ser consumida, em última instância, com o objetivo de disciplinar homens e mulheres para os anseios da ordem técnico-científico-econômica vigente, produzindo um controle sobre a vida.

Nosso lugar de fala requer outro movimento: o “[...] fortalecimento de vínculos das comunidades trabalhadas, autonomia e protagonismo social dos sujeitos a que delas fazem parte” (FERNANDES, 2014, p. 89), abarcando, em seus processos de co-construção de

saberes, os costumes, tradições e as relações são produzidos nestes contextos, cientes de que a limitação de determinados instrumentos e técnicas, quando utilizados acriticamente, provoca despolitização dos sujeitos. Ou seja:

A prática da psicologia ao adentrar os interiores do país deve ter cautela para não se tornar novamente emissária da modernidade e realizar os feitos das propostas higienista e eugênica do início do século XX, que amparadas pelo discurso psicológico da higiene mental criminalizaram, marginalizaram e enquadraram, com seus saberes e instrumentos, os modos de vida dos homens e das mulheres do campo, os quais na busca de emprego, migraram para os centros urbanos (FERNANDES, 2014, p. 90).

O desafio, portanto, é de propor uma produção que privilegie outros saberes e outros sujeitos, não criando barreiras que dificultem o diálogo e o compromisso com a transformação social, mas encontros que provoquem nossos saberes cristalizados, caminho que poderá nos levar à produção de conhecimentos que falem do sertão e para o sertão, e que essas produções agenciem transformações adequadas às necessidades dos sujeitos, coletivos e comunidades que os compõe.

3 MÉTODO

O presente estudo é caracterizado por uma pesquisa de campo qualitativa exploratória. A pesquisa qualitativa abarca diferentes concepções, compondo um amplo campo de ideias, práticas e técnicas diversificadas, úteis à produção do conhecimento. Diferentes modelos podem ser abarcados sob o que se convencionou denominar de pesquisa qualitativa, e isso implica, por decorrência, opor-se à existência de um único modelo que pode ser utilizado na pesquisa no campo das ciências humanas (CHIZZOTI, 2003).

Queremos com isso dizer que, polissêmico, o termo ‘qualitativa’, quando associado à pesquisa, caracteriza-se pela impossibilidade de se produzir conhecimento por uma única via, pois não parece existir um único modelo que dê conta de abarcar o universo de objetos que por ela são trabalhados. Assim, apostamos na definição de pesquisa qualitativa a partir da compreensão dos fenômenos sociais pautada numa relação entre pesquisador e sujeitos; um processo de produção de conhecimento a partir da compreensão dos significados que emergem desta relação num determinado contexto histórico-social.

Em virtude de sua composição interna multicolorida, a pesquisa qualitativa traz consigo certos desafios em relação a sua condução: se por um lado a diversidade permite ao pesquisador certa flexibilidade e alternativas na construção do conhecimento, por outro, exige apurada delicadeza teórica e metodológica nas escolhas que vão sendo feitas, sob pena de se construir um mosaico anômico epistemológico.

A pesquisa qualitativa exige do pesquisador implicações para pensar continuamente sobre o seu lugar de pesquisador, os sujeitos com os quais se relaciona, bem como sobre o campo com o qual se debruça. Reflexões essas realizadas a partir dos procedimentos teóricos e metodológicos que não são dados *a priori*, elementos que são co-construídos, caso a caso, com base na realidade concreta, trabalho eminentemente artesanal com os coletivos e sujeitos a ela implicados. Desse modo, Chizzoti (2003) ventila essa discussão afirmando que o termo qualitativo implica um compartilhamento com os sujeitos, elementos centrais na pesquisa, para, desse encontro, extrair significados a partir de uma atenção pautada na sensibilidade e na política, seguidos de um exercício de interpretação e escrita, uma prática construtiva e interpretativa das relações, vivências e encontros experienciados no campo de estudo.

Esse compartilhamento anteriormente apontado diz respeito a uma variável que, a despeito dos distintos delineamentos elaborados pelo pesquisador, traduz-se num ponto nodal e recorrente na pesquisa em psicologia: a relação pesquisador-sujeito, que possibilita a produção de compreensões para as questões que norteiam a existência da pesquisa.

O alinhamento teórico à Chizotti (2003) nos aduz a considerar, portanto, que a pesquisa é uma prática útil e necessária à vida social, apoiada, aqui, em vias investigativas que destoam do modelo científico que, a pretexto de um rigor objetivo, reconhece a experiência humana como objeto a ser descoberto e confinado em métodos calcados na mera decomposição e descrição dos elementos que o constitui.

É preciso não ser ingênuo. O nosso lugar de fala é preenchido com a perspectiva que os saberes são localizados e parciais (HARAWAY, 1995). Essa concepção nos retira a tarefa de produzir conhecimento com o viés totalizante e universal. Aqui, o conhecimento é entendido como uma narrativa, atravessada por opções ideológicas, políticas e epistemológicas, que estarão endereçados a produzir determinada finalidade, neste caso, conforme afirma Santos (2011), que estejam comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

É, portanto, uma posição epistemológica que requer repensar a democratização do conhecimento científico, a aproximação universidade – comunidade, pesquisador – sujeito, conhecimento científico – senso comum (SANTOS, 1995), pois permanece o desafio de produzir um conhecimento que exercite o compromisso diuturno com a transformação da realidade social (SANTOS, 2011).

Em igual medida, essa posição implica-nos, além de problematizar cotidianamente as dicotomias, as reduções simplistas, o cartesianismo e as práticas positivistas (GROSFOGUEL, 2016), construir alternativas ao modo tradicional de fazer ciência, questionar a colonialidade que povoa a ciência ocidental e que sufocou as vozes daqueles outrora considerados como desprovidos de conhecimento, como os negros e as mulheres.

Tomando como *locus* de trabalho o contexto rural, Dantas et al. (2018) sustentam:

O contexto rural brasileiro revela um cenário preocupante e desafiador para a psicologia em termos de formação profissional e do seu arsenal teórico-metodológico, além das questões acerca das possibilidades de atuação e contribuições que levem em conta as particularidades desses territórios, seus modos de vida e suas marcas culturais (p. 02).

Há um fosso entre demandas do mundo rural e contribuições da psicologia, que não dá conta de abarcar os modos de vida, os processos de subjetivação desses sujeitos. Como apontam Dantas et al (2018), pesquisar em um contexto que carrega consigo o histórico de não ser abarcado pela psicologia, exige um deslocamento teórico-metodológico, que se expressa por desprezar uma busca por padronizações através da utilização de caminhos universalistas, que objetificam sujeitos da pesquisa e generalizam considerações, processos

que estão ancorados em uma compreensão que enseja neutralidade do pesquisador. Definitivamente não pode ser essa a nossa posição.

Pesquisar requer implicar-se em acolher o outro, permitir a emergência de relações que não sobreponham o poder sobre o saber, tecendo crítica sobre todo o processo. Fazer pesquisa impõe consequências éticas e políticas que, a nosso ver, não podem estar alinhadas com a reificação das desigualdades que reforçam padrões de vulnerabilidades e adoecimentos (DANTAS et al., 2018).

Diversamente da ciência positivista, que conduz a pesquisa a partir dos princípios da neutralidade e objetividade e atribui ao pesquisador o *status* de sujeito, cabendo a realidade a qualidade de objeto a ser descoberto, de forma passiva, recorreremos às contribuições da psicologia social latino-americana pois ela permite realizar as costuras teórico-metodológicas sem abrir mão de preservar uma postura ética e política que reconfigura as posições ocupadas pelo pesquisador e pela realidade. Bem como assinala Gonçalves (2003), a imersão no campo de pesquisa se configura como a produção de uma comunidade de destino, um encontro com o outro que promove transformações em todos os sujeitos, a partir de um deslocamento radical, caracterizado pelos marcadores da colaboração e da convivência, permite uma mudança de conversa que dá voz às comunidades.

O discurso dos sujeitos, grupos e comunidades possuem saberes que devem ser levados em consideração em uma intervenção, sob pena de se produzir conhecimentos descolados dos contextos histórico-sociais os quais ocupamos. Para que esse desafio de alguma forma aconteça, é necessário estabelecer com os sujeitos uma relação de horizontalidade, postura prévia e necessária para interpretar as ações e construir conjuntamente alguma possibilidade de empoderamento e transformação social nos lugares e territórios que ocupamos na qualidade de pesquisador (SPINK, 2007; SILVA, 2013).

3.1 Os sujeitos do estudo

A população deste estudo é composta pelos usuários do serviço público de saúde mental residentes no município de Jaramataia – AL. Os participantes foram escolhidos a partir de indicações realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, especificamente a partir da apresentação do projeto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que indicaram possíveis participantes a partir do critério de inclusão “ser portador de transtorno mental severo e persistente”. Optou-se por realizar a seleção dos possíveis participantes com o auxílio dos ACSs por eles serem os profissionais mais próximos dos usuários e famílias dos territórios, o que inclusive facilitou a entrada no pesquisador nas comunidades.

Os sujeitos foram quatro usuários, dois do sexo feminino e dois do sexo masculino, adultos e que possuem diagnósticos de transtornos mentais severos e persistentes. Após as indicações dos ACSs e com base nos critérios previamente definidos, a seleção dos sujeitos se deu a partir de consultas às fichas ambulatoriais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, com o objetivo de identificar os sujeitos diagnosticados com transtornos mentais severos e persistentes e que pudessem vir a participar da pesquisa, seguindo-se com a etapa dos convites e demais formalizações.

Um dos participantes da pesquisa, antes mesmo da entrevista e dos encontros, sofreu uma situação de crise e foi hospitalizado no Instituto Teodora Albuquerque (ITA), localizado em Arapiraca – AL. Com o objetivo de não romper o vínculo já formado entre pesquisador e família, optou-se por realizar as entrevistas com a mãe do participante, que passou a ocupar a posição de informante.

Os critérios para exclusão na participação da pesquisa foram: a) a existência de condição médica, psicológica ou psiquiátrica que impossibilite o diálogo; b) usuários que não tenham tido crise nos últimos seis meses (a não ser que houvesse um informante-chave, como aconteceu com um dos sujeitos, e por isso foi mantido como participante).

Um dado importante é que os sujeitos da pesquisa se identificavam como profissional do serviço público de saúde municipal. Ou seja, se identificavam como psicólogo, embora, presumivelmente, apresentem um profissional que ainda se encontra distante de suas realidades, como pode ser visto durante a análise e discussão dos dados produzidos.

Em virtude de já transitar pelos diversos equipamentos de saúde disponíveis no território e por já ser conhecido por parcela significativa da população, a entrada no território

de pesquisa, orientada através da parceria firmada com os ACSs, foi extremamente mais vigorosa, o que facilitou o estar nos territórios, convidar os sujeitos para a pesquisa e construir vínculos para e durante a realização das atividades. Por decorrência, por não tomarmos essa fase da pesquisa como uma *coleta de dados*, mas como uma produção de conhecimento que se dá de forma dialógica e horizontalizada, sentimos a necessidade de realizar a entrevista em mais de um momento. Deste modo, visitamos os sujeitos em diferentes ocasiões, inclusive privados do desejo de produzir dados, mas tão somente com o objetivo de manter potente os vínculos afetivos construídos ao longo de todo o processo.

Entrar nesse detalhamento certamente aproxima o leitor do *lócus* em que esse trabalho germinou, tornando-o, portanto, menos asséptico e ancorado nas vivências nas quais esteve assentado. Os sertanejos, especificamente os sujeitos que contribuíram para a consolidação desse projeto, são extremamente acolhedores e afetivos. Digo que nossos melhores momentos quase sempre são regados à comida, bebida e celebrações, conferindo memórias muito doces em nós. Nessas andanças, foram muitos os convites para tomar um café, aceitar um produto por eles produzidos, “*para jogar conversa fora*”. A noção de sertão, forjada por um discurso imagético-discursivo não é encontrado quando vivemos esse território. Não estamos com isso perfumando a existência real da exclusão, da desigualdade e das distintas vulnerabilidades sociais presentes nesses territórios. O ponto crucial é que esse mesmo território não se encerra em exclusão, desigualdades e vulnerabilidades: é também o lugar da resistência, da construção de vidas que são costuradas numa cultural que lhes conferem potencialidades frente às adversidades historicamente construídas.

Para além da visão de mundo que concebe este lugar – o sertão – e seus sujeitos como o lugar do sofrimento e das ausências proporcionadas pelo Estado, impreterível forjar o sertão e o sertanejo como o lugar da potência, da emergência de afetos que só se constroem dentro de um contexto delineado pela relação com um modo próprio de vida, como a relação com a água (ou ausência dela), com os animais que garantem o sustento das famílias através da produção leiteira, a religiosidade e afins.

3.2 Locais de produção de informações

A pesquisa foi realizada com sujeitos residentes na cidade de Jaramataia, sertão do Estado da Alagoas, cidade que está adstrita a 7ª região de saúde. O município está localizado a 169 km da capital Maceió e a 49 km da cidade polo, Arapiraca, apresentando uma população de 5.558 habitantes, segundo dados do último censo do IBGE (2010), sendo que 52,41%

vivem na zona urbana e 47,59% na zona rural. Economicamente, constitui-se em função de indústrias, serviços e agropecuária, sendo essa última a principal fonte de riquezas da cidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas nas residências dos usuários. Assim, perseguiu-se o objetivo de possibilitar vínculos entre pesquisador – sujeitos – comunidade, além de permitir maior flexibilidade nos encontros com os sujeitos. Em ciências sociais, conhecer o contexto nos quais o conhecimento está sendo produzindo é primordial, pois a experiência humana, os sentidos e os significados produzidos na vida cotidiana estão atrelados ao contexto, sendo contraproducente produzir conhecimento distanciando-se dessa premissa.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde² (CNES), o município de Jaramataia possui, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, os seguintes equipamentos institucionais de saúde:

- Unidade Básica de Saúde (UBS), PSF I, urbana, em funcionamento desde 1996, composta pelos seguintes profissionais: diretor administrativo, digitador, auxiliar de enfermagem, assistente administrativo, médico otorrinolaringologista, enfermeiro, médico generalista, auxiliar de saúde bucal, dois técnicos de enfermagem, gerente de serviços de saúde, arquivista, odontólogo, dois faxineiros, médico radiologista, médico psiquiatra e seis agentes comunitários de saúde.
- Unidade Básica de Saúde (UBS), PSF II, rural, da comunidade Altão, em funcionamento desde 2001, composta por cinco agentes comunitários de saúde, enfermeiro, faxineiro, auxiliar de saúde bucal, médico generalista, arquivista, auxiliar de enfermagem e odontólogo.
- Unidade Básica de Saúde (UBS), PSF III, rural, da comunidade Campo Alegre, em funcionamento desde 2009, composta por quatro agentes comunitários de saúde; enfermeiro, faxineiro; auxiliar de saúde bucal, médico generalista, arquivista, dois auxiliares de enfermagem e odontólogo.
- Centro de apoio à saúde da família na comunidade São Pedro, com dois auxiliares de enfermagem, odontólogo e assistente administrativo.
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) tipo 2, em funcionamento desde 2013, com a seguinte composição: profissional de educação física, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo.

2 Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 20/03/2019.

- Farmácia popular, programa criado com o objetivo de oferecer acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, cumprindo as diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

A comunidade Altão está seis quilômetros distante do centro da cidade. O acesso se dá através de uma estrada de terra batida. Em meio a subidas e descidas, cercados e vegetação em boa parte do tempo desprovida de folhagens, chega-se à comunidade. Segundo informações colhidas com o ACS local, Altão é composta possui 140 famílias, distribuídas de forma espaçada no território. As idas a comunidade demonstram que a atividade econômica matriz é a pecuária, pois o município está dentro do perímetro denominado de bacia leiteira. É muito comum ver os sujeitos na lida com o gado, transportando palma, preparando cilo e etc. No entanto, nenhum dos sujeitos da pesquisa estão vinculados à pecuária, certamente porque a atividade demanda considerável quantidade de terras e meios de produção, exigências que não estão alinhadas ao perfil de vulnerabilidade social que os aflige.

Ainda segundo o informante, são equipamentos de socialização uma igreja católica, uma igreja evangélica, um campo de futebol e uma associação comunitária que produz doces, que funciona num prédio construído com a finalidade de ser uma escola mas foi cedida para a associação. Os estudantes do Ensino Fundamental são atendidos na comunidade ao lado – Fazenda Nova. A comunidade também é atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF), vinculado a Unidade Básica de Saúde Altão.

A comunidade Campo Alegre, também chamada de Bacurau, está às margens da AL220 e distante quatro quilômetros do centro da cidade. Possui 290 famílias, muitas delas desempregas e com baixos níveis de alfabetização, e que sobrevivem com a renda proveniente do Programa Bolsa Família (PBF). No território, há a presença dos seguintes equipamentos sociais: uma escola de educação fundamental, uma creche, quatro igrejas (uma católica e três evangélicas) e uma quadra poliesportiva. Há também cinco bares. Os moradores são atendidos pelo Programa Saúde da Família (PSF), vinculado a Unidade Básica de Saúde Campo Alegre. Na composição do território há uma vila, chamada Vila do Chaves, local em que residem dois sujeitos desta pesquisa. A Vila, que foi construída pelo poder público, foi ocupada em 2014, ainda inacabada. Só recentemente recebeu tratamento asfáltico, e a falta de água é um problema comum, sendo o abastecimento realizado através de caminhões-pipa. Há um relato recorrente, entre os profissionais e a própria comunidade, dos problemas sociais locais, como violência, uso de álcool e outras drogas, prostituição e fome. A Vila leva esse nome pois a ocupação ocorreu no dia 28 de novembro de 2014, data da morte de Roberto Gómez Bolaños, criador dos seriados Chaves e Chapolin.

3.3 Materiais utilizados

Para a construção das informações foi utilizada uma entrevista semiestruturada, gravada durante os encontros nas residências dos usuários. A entrevista seguiu um roteiro com questões abertas que subsidiaram o acesso às situações do cotidiano das famílias, além de utilizarmos um questionário sociodemográfico que serviu como suporte na elaboração da descrição dos sujeitos. Os dados produzidos foram usados e serão guardados em arquivos físicos e digitais e preservados em sigilo por um período de cinco anos, sendo destruídos após o término desse período. Eventuais divulgações observarão os princípios éticos da pesquisa.

Enquanto uma interação entre duas ou mais pessoas, com propósitos definidos, (GONDIM; FRASER, 2004), há, em algum nível, dentro do campo das ciências humanas, a crença que as entrevistas são instrumentos de registro de informações subjetivos e de menor grau de confiabilidade. Seriam mais ‘fáceis’ (DUARTE, 2004), crítica que parte do uso indiscriminado do instrumento, resultado de uma vinculação equivocada entre pesquisa qualitativa e seu uso compulsório.

Segundo Duarte (2004):

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados (p. 215).

Se bem realizadas, elas permitem conhecer a realidade com mais acuidade, além de nos colocar em contato com os modos de vida, percepções, valores, opiniões e significados da realidade expressos pelos sujeitos.

Ao optarmos pela entrevista semiestruturada quisemos com ela provocar uma fala cujos conteúdos provocassem os sujeitos para refletirem sobre si mesmo, enxergando-se de outro ângulo, conteúdos que estarão relacionados com os objetivos da pesquisa, construindo uma zona de sentido em que a pessoa possa falar do seu cotidiano (GONZALEZ-REY, 2002).

Assim como qualquer técnica utilizada em pesquisa, a entrevista tem alcances e limitações, que podem ser diminuídas com seu alinhamento à abordagem norteadora e aos objetivos definidos. Uma possível crítica à entrevista é o fato de elas supostamente imporem um limite à fala dos entrevistados. A esse respeito, o uso da entrevista em pesquisa qualitativa busca ampliar o papel desempenhado pelo entrevistado, processo que, aliado à autorreflexão provocada nos entrevistados, têm a pretensão de promover uma transformação social

qualitativamente positiva (GONDIM; FRASER, 2004), revelando, portanto, seu caráter eminentemente interventivo na realidade.

Antes da utilização propriamente dita, fizemos uma entrevista-teste com um agente comunitário de saúde (ACS) para verificar a adequação do instrumento ao alcance dos objetivos do estudo, bem como corrigir possíveis deficiências.

3.4 Procedimentos metodológicos

A primeira etapa da pesquisa consistiu em um levantamento bibliográfico a partir de livros, artigos, teses e dissertações com base nas plataformas LILACS e SciELO que versassem sobre itinerários terapêuticos e saúde mental no campo e no semiárido brasileiro, com o objetivo de colher material que subsidiasse a análise dos itinerários terapêuticos que são construídos pelos usuários diagnosticados com transtornos mentais severos e persistentes na cidade de Jaramataia, sertão do estado de Alagoas. A segunda etapa consistiu na entrada propriamente dita no campo de pesquisa, e a terceira e última, no tratamento e análise do material.

Produção de sentido é a abordagem teórico-metodológica à qual recorreremos para a construção deste trabalho pois, a partir da visibilidade das práticas discursivas, permite-nos analisar as informações construídas com os sujeitos participantes desta incursão.

Preliminarmente, cumpre-nos situar a abordagem, indicando, de modo não exaustivo, e sem resvalar em qualquer pretensão de esgotar sua complexidade, seus conceitos e pressupostos. Assim, cabe dizer que a abordagem supracitada está situada no âmbito da Psicologia Social, forma de conhecimento que possui íntimas relações com a perspectiva construcionista, como veremos seguidamente.

A questão *como damos sentido ao mundo?* sempre esteve presente no campo da Psicologia Social, e a partir da década de 60 – com uma vasta valorização do estudo dos processos sociais, amparada numa densa crítica sobre a naturalização dos fenômenos psicológicos, bem como sobre a despolitização presente no período imediatamente anterior – ganhou ainda mais corpo. A celeuma que, de modo inegável, não se encerra em si mesmo, mas permite repensar e compreender que conceitos e teorias (inclusive os psicológicos) são socialmente construídos e que a produção do conhecimento sempre exercerá um papel social, pois é atravessada por relações de poder, passou a ter contribuições de atores latino-americanos, como Martín-Baró (1983) e Silvia Lane (1984), que passaram a ocupar a agenda de produção do conhecimento em Psicologia Social.

Em linhas gerais, o construcionismo pode ser definido como uma certa visão de mundo, que só é possível como resultado de três movimentos interdependentes, da Filosofia, da Sociologia do Conhecimento e da Política que: 1 – reage à concepção de representação, concepção que toma a mente como um espelho, uma vez que o conhecimento passa a ser compreendido não como uma representação, tampouco tradução, mas como construção socialmente marcada pelas interações vividas pelos sujeitos em seu dia a dia; 2 – desconstrói a retórica da verdade, pois a verdade não pode ser sinônimo de conhecimento absoluto, e sim uma construção específica e social, relativa a nós mesmos; 3 – busca o *empowerment* dos grupos socialmente marginalizados, respectivamente. Ou seja, a partir do lócus privilegiado de interação, permite formas potentes e possíveis de reflexão que abrem espaço, na vida concreta, para a construção de formas alternativas de ser e estar no mundo.

Na Psicologia Social, o fio condutor e o foco de produção do conhecimento e a possível transformação social passa a ser a interação, ou seja, os processos de produção de sentido na vida cotidiana, perspectiva que com Gergen (1985). Vejamos:

A investigação socioconstrucionista preocupa-se sobretudo com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem (*apud* SPINK, FREZZA, 2013, p. 266).

Com o construcionismo, a investigação sobre o mundo debruça-se sobre a interação humana, e não mais sobre processos internos resultantes de uma suposta mente – tida como real, mas abstrata. O conhecimento, portanto, deixa de ser concebido como algo que as pessoas possuem em suas cabeças e passa a ser compreendido como resultado de uma construção conjunta, dialógica, coletiva, compartilhada, por isso a centralidade da interação na abordagem.

Há um lastro de compreensão que nos permite inferir que a abordagem construcionista, se constrói, na verdade, mediante a desconstrução de posições teórico-metodológicas até então vigentes e que, por diferentes questões, como apresentadas anteriormente, não podem ser avaliadas como recursos possíveis na construção de um conhecimento psicológico minimamente engajado.

O construcionismo é acusado de ser relativista e de reduzir a compreensão do mundo à linguagem como substrato de análise. Segundo Spink e Frezza (2013, p. 14), “[...] a crítica endereçada ao relativismo associado ao construcionismo pauta-se numa definição específica do termo a partir da qual toda e qualquer crença sobre um dado tópico é igualmente aceitável”. Cabe fazer uma digressão sobre esse aspecto.

Se apontamos que o modo como explicamos o mundo é uma construção social, enquanto construções históricas e culturais, a princípio, elas não variam, pois são frutos de processos históricos. Entretanto, esse relativismo histórico e cultural só se torna inegável no tempo longo, pois “no cotidiano das nossas vidas, somos, de fato, produtos de nossa época e não escapamos das convenções, das ordens morais e das estruturas de legitimação” (SPINK, FREZZA, 2013, p. 15). O convite, portanto, é para examinarmos as construções sociais e históricas que usamos para falar e explicar o mundo, implicando num posicionamento ético e político, e não uma mera opção por uma determinada posição tida sempre como equivalente a qualquer outra.

Em relação ao reducionismo linguístico, o objeto de análise da abordagem teórico-metodológica do construcionismo se faz a partir do processo de construção linguístico-conceitual (assim como outras abordagens, o que expurga qualquer adjetivação de atipicidade ou demérito), mas isso não supõe inferir que todo e qualquer fenômeno se reduz à linguagem. Significa, apenas, que por opção epistêmica e filosófica, o construcionismo centraliza a linguagem no processo de entendimento das relações sociais.

Linguagem permite a emergência das práticas discursivas, que são o foco central da abordagem construcionista, pois nos permitem compreender a produção de sentido no cotidiano.

Segundo Medrado e Spink (2013, p. 01):

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

A produção de sentido não é uma produção individual, mas sim uma prática social e dialógica e requer, necessariamente, da linguagem em uso. Assim:

A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (MEDRADO, SPINK, 2013, p. 02).

Necessário introduzir o conceito de práticas discursivas, que decorre da noção de linguagem em uso, linguagem como prática social, conceito que se faz a partir da diferenciação do conceito de discurso.

Discurso remete às regularidades linguísticas, ao uso institucionalizado da linguagem, definido a partir de sua permanência no tempo e que é específico a um determinado estrato da sociedade. O discurso obedece a determinadas prescrições e regras linguísticas, reproduzindo

determinados padrões da estrutura social, alinhado a uma determinada classe, como o discurso médico, que facilmente pode ser reconhecido e atribuído a um segmento social.

Ainda como preceitua Medrado e Spink (2013), as práticas discursivas remetem aos momentos em que as ressignificações acontecem, havendo rupturas, produção de sentido sobre um mundo repleto de contradições e discursos oriundos de relações de poder diversas e antagônicas, ou seja, frutos da linguagem ativa e em uso, demarcadas por sua diversidade. Reconhecê-las requer romper com a reprodução automática (presente nos discursos) como premissa para construir e dar visibilidade a elas.

Os autores ainda salientam:

[...] práticas discursivas como linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas. As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes; as formas, que são os *speech genres* [...]; e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos (MEDRADO, SPINK, 2013, p. 05).

Em relação aos elementos que constituem as práticas discursivas, cabe conceitualizá-los, alinhando-os aos pressupostos que dão base à produção de sentido como possibilidade de análise do mundo. Os enunciados e as vozes se referem ao processo já citado de interanimação dialógica. Assim, cabe pensar que aquilo que o sujeito enuncia sempre se refere a outra ou outras pessoas, e esses enunciados se interanimam mutuamente, retroagem, mesmo quando os diálogos são internos, por exemplo, quando pensamos/falamos com nós mesmos. Já as vozes são os interlocutores, as pessoas presentes ou presentificadas nos diálogos. Compreender os sentidos é fazer um confronto de vozes (de pessoas) presentes nos enunciados. Os repertórios interpretativos são, por sua vez, as unidades que permitem construir as práticas discursivas, sejam eles os termos, as descrições, os lugares-comuns, as figuras de linguagem, circunscritos ao contexto em que essas práticas são produzidas. *Speech genres*, apontam os teóricos, também nominados como gêneros de fala, são as formas mais ou menos estáveis de enunciados, que buscam estar coerentes com o contexto, o tempo e os interlocutores, como os enunciados utilizados nos cumprimentos, nas despedidas e afins.

Outro elemento inerente ao trabalho com práticas discursivas é trabalhar o contexto discursivo intercambiando três tempos históricos: o tempo longo, que marca os conteúdos culturais, produzidos ao longo da história da civilização, que formam os discursos em uma certa época e antecedem a vida das pessoas, mas se presentificam em suas vidas por meio de instituições, normas e afins; o tempo vivido, que diz respeito às linguagens aprendidas ao longo da vida, através da socialização e experiências da pessoa ao longo da sua história pessoal, pois é nesse interstício de tempo que ocorre a aprendizagem das linguagens sociais; e

o tempo curto, que se constrói pelos processos de interanimação dialógica, pelas interações entre os sujeitos, no momento presente, delimitado pelas experiências acumuladas ao longo da vida.

Para compreendermos os sentidos produzidos socialmente é necessário considerar que eles são, também, produtos da relação desses três tempos. Apontamos anteriormente que romper o discurso e alcançar a produção de sentidos no cotidiano permite engajar-se, implicar-se com a necessidade de, de forme ininterrupta, promover transformação social. Posicionar-se, é, portanto, transitar pelas diversas narrativas oriundas desses diversos tempos, que aglutinam múltiplos enunciados, vozes, repertórios interpretativos e *speech genres*.

Estar ancorado na abordagem teórico-metodológica na produção de sentido e no construcionismo é reconhecer que a produção do conhecimento é construída num tempo e espaço específicos. Não é aplicação de técnicas e instrumentos; não é representação de algo já posto e que apenas precisaria ser descoberto. É identificação conjunta de como as pessoas descrevem, explicam, compreendem e vivem seu mundo e sua vida. Esta perspectiva permite compreender o presente, suas produções diárias como expressões das interações dialógicas do agora e as necessidades transformações históricas e sociais nas construções diárias.

Segundo Gondim (2003, p. 150) “a experiência humana está atrelada ao contexto e que é difícil conceber uma linguagem nas ciências sociais que exclua este contexto, quer seja pelos valores do pesquisador, quer pelos do grupo estudado” (p. 150). A dissociação pesquisa-contexto minaria a utilização e produção do conhecimento a partir dessa técnica, que por decorrência epistemológica, favorece a compreensão, reflexão e emancipação dos sujeitos com os quais se pesquisa.

3.5 Aspectos éticos

Um estágio prévio e inerente às diferentes formas de produção de conhecimento psicológico impõe-nos o exercício de repensar para quem serve a psicologia, qual seu papel na transformação da realidade e seu possível alinhamento ou não às demandas dos sujeitos que experimentam a espoliação, exclusão social e opressão (SILVA, 2013). O estágio ao qual nos referimos impõe-nos a reflexão a respeito do compromisso ético-político e de engajamento da psicologia com as questões sociais.

A opção aqui feita pelo arcabouço metodológico e epistemológico da psicologia social latino-americana implica a “[...] construção de um saber que tenha os traços, as cores e que dê conta da subjetividade dos indivíduos que vivenciaram processos políticos e históricos de

opressão, desigualdades, aculturação e violação de direitos humanos” (Ibid., p. 34). O trabalho perpassa pela superação da velha ciência, pautado na mera coleta de dados, na produção do conhecimento como fim em si mesmo. Apostamos no soerguimento de pontes que nos vincule a teia social que extrapola as fronteiras miúdas do academicismo tradicional.

A pesquisa, enquanto relação horizontalizada – que deve ser – entre pesquisador e sujeitos deve consolidar-se nos moldes, simultâneos, de pesquisa e intervenção, e não na mera coleta de dados, do usufruto indiscriminado dos sujeitos para fins de produção do conhecimento que, tradicionalmente, não exercem qualquer efeito sobre a realidade social dos sujeitos da pesquisa. Assim, os aspectos éticos devem imperar durante todo o processo, além de que o projeto foi avaliado pela Plataforma Brasil, sistema eletrônico que sistematiza o recebimento dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos em todo o país. Também firmamos com os sujeitos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob o parecer nº 3.838.738.

Inegavelmente, os conteúdos abordados puderam produzir incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental, pois puderam produzir algum nível de ansiedade ao falar sobre o tema pesquisado na entrevista. Os benefícios esperados com a participação no projeto de pesquisa estiveram pautados na compreensão dos itinerários terapêuticos de saúde mental e na resignificação das ações de saúde mental ofertadas na rede de atenção psicossocial, mobilizando os sujeitos a repensar em formas de cuidado em saúde mental a partir da disponibilidade de recursos presentes nos seus territórios.

Assim como Martín-Baró (2017), apostamos no compromisso diuturno de que “devemos nos esforçar em buscar modelos teóricos e métodos de intervenção que nos permitem, como comunidade e como pessoas, romper com a nossa cultura de relações sociais corrompidas e substituí-las por outras relações mais humanizadoras” (p. 267), processo que está fundamentado na visão de que pesquisar é colaborar.

4 NO MEIO DO CAMINHO, UMA DISCUSSÃO

No processo da pesquisa, em que precisamos fazer análises, parte-se do princípio que fazer ciência é construir uma prática social, que tem como finalidade construir relações, diálogos. Comunicar, nesse sentido, é explicitar informações sobre as quais nos atemos, implicadas em uma ação cotidiana de construção da realidade.

Na lide com as práticas discursivas o *sentido* nos guia nesta imersão, possibilitando o confronto entre pesquisador *versus* informações produzidas, fazendo emergir as categorias de análise e seus repertórios. Assim, para fazer aflorar os sentidos, nos valem do mapa de associação de ideias³.

Segundo Spink e Lima (2013), que introduzem essa técnica:

Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido (p. 63).

A partir dos mapas de associação de ideias surgem as categorias de análise, que se relacionam com os objetivos da pesquisa, facilitam a visualização das dimensões teóricas e privilegia a linguagem verbal e a produções dos sujeitos.

A seguir, fazemos uma breve apresentação dos participantes e, para consubstanciar a análise e a discussão, utilizaremos como suporte uma tabela com dados sociodemográficos, que aglutina informações levantadas com base na utilização do questionário sociodemográfico (Anexo 1), além dos mapas de itinerários, que localizam os percursos realizados pelos usuários na busca por atenção à saúde. Os nomes apresentados são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

João: Nascido em 1975, 44 anos de idade, relaciona seu adoecimento ao falecimento da esposa e afirma enfrentar um quadro de depressão. Realizou, ao longo dos últimos dois anos, utilização de fármacos para o tratamento dos sintomas. Vive com dois filhos e se queixa, atualmente, de problemas como o desabastecimento de água e o desemprego local, questões que impactam diretamente em sua vida. Seu cuidador de referência é o ACS.

Luzia: Nascida em 1984, 35 anos de idade, relaciona seu adoecimento ao casamento, pois a partir dele passou a ser vítima de violência doméstica. Explica sua queixa como depressão e ansiedade. Realiza tratamento farmacológico, apenas, para o controle dos sintomas. Vive com um filho de sete anos, apontado como seu cuidador, e o companheiro. Se

3 Pode-se consultar, nos anexos, uma amostra sobre como se constrói um mapa de associação de ideias. Por não configurar um prejuízo para o trabalho, consideramos desnecessário a elaboração de mapas para todas as informações oriundas do processo de construção das análises no campo de pesquisa.

queixa, atualmente, de problemas como violência doméstica e fragilização dos vínculos familiares.

Francisco: Nascido em 1979, 40 anos de idade, a mãe foi a informante, pois as entrevistas foram realizadas logo após uma internação, o que poderia suscitar intenso sofrimento para o usuário falar sobre sua experiência de sofrimento psíquico, na nossa avaliação. Ela relaciona que desde o nascimento o filho era “doentinho” (sic), e apresentava reiteradas queixas de saúde (não soube especificar). Possui histórico de dezenas internações psiquiátricas e utiliza fármacos, apenas, para o tratamento de sintomas de esquizofrenia. Reside com a mãe, sua cuidadora de referência, e um sobrinho (criança). A informante se queixa, atualmente, de problemas financeiros, em virtude dos altos gastos com medicação e difícil acesso à atenção psicossocial.

Virgínia: Nascida em 1963, 56 anos de idade, relaciona seu adoecimento ao falecimento dos pais. Utiliza fármacos, apenas, para o tratamento de depressão. Reside com o companheiro e se queixa de fome e problemas financeiros, bem como dificuldades para continuar o tratamento farmacológico em virtude do alto custo.

Dados sócio-demográficos dos entrevistados

Variáveis	João	Luzia	Francisco	Cecília
Idade	44	35	40	56
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Escolaridade	Analfabeto	Ensino Médio	Analfabeto	Analfabeto
Renda familiar	R\$ 1.045,00	R\$205,00	R\$ 2.090,00	R\$170,00
Membros familiares	3	3	3	2
Cuidador	ACS	Filho	Mãe	ACS
Beneficiária PBF	Não	Sim	Não	Sim
Beneficiária BPC	Não	Não	Sim	Não
Cor/Raça	Preta	Parda	Preta	Parda
Orientação Sexual	Heterossexual	Heterossexual	Heterossexual	Heterossexual
Estado civil	Viúvo	Casada	Solteiro	Casada
Profissão	Agricultor	Agricultora	-	Dona de casa
Deficiente	Não	Não	Sim	Não
Residência	Própria	Própria	Própria	Própria

Tipo de residência	Alvenaria	Alvenaria	Alvenaria	Alvenaria
Tempo de residência	6 anos	+ 10 anos	+ 10 anos	6 anos
Acesso à energia	Sim	Sim	Sim	Não
Acesso à água	Pipa	Pipa / cisterna	Pipa / cisterna	Pipa
Tratamento do lixo	Coleta	Queima	Queima	Coleta
Tratamento do esgoto	Não	Fossa	Fossa	Não
Distância até o centro	4 km	6 km	6 km	4 km
Transporte próprio	Não	Sim	Não	Não
Tempo de diagnóstico	2 anos	+10 anos	+10 anos	+ 10 anos
Uso de medicação	Não	Sim	Sim	Sim
Medicina popular	Sim	Sim	Sim	Sim
Comorbidades	Não	Hipertensão	Epilepsia	Hipertensão
Cobertura PSF	Sim	Sim	Sim	Sim
Farmácia Popular	Sim	Sim	Sim	Sim
Academia da Saúde	Não	Não	Não	Não
NASF	Sim	Sim	Sim	Sim
ACS	Sim	Sim	Sim	Sim
ACE	Sim	Sim	Sim	Sim
CAPS	Não	Não	Não	Não

Os participantes da pesquisa têm uma média de 43 anos de idade, e 75% são analfabetos. Um dado importante é que para dois deles o ACS é o cuidador de referência, mesmo dispondo de filhos ou companheiros no domicílio, sendo o único profissional de saúde diretamente citado e avaliado como primordial na construção de seus itinerários terapêuticos. Os que não são beneficiários do PBF recebem proventos oriundos de BPC ou pensão por morte; são pretos (2) e pardos (2) e têm a agricultura como atividade laborativa (para os que possuem condições para o trabalho, três deles). Assim, João possui pensão por morte, gostaria de trabalhar mas não consegue incluir-se no mercado de trabalho, em virtude da inexistência de oportunidades locais, já tendo se deslocado para São Paulo para trabalhar como instalador de piscinas. Atualmente, realiza pequenos trabalhos na agricultura, para terceiros, mas de

forma irregular. Luzia é dona de casa e trabalha na agricultura de subsistência. Francisco não possui condições para o trabalho e por isso recebe um BPC. Cecília é dona de casa e tece redes e tarrafas para pesca. Todos residem na zona rural do município de Jaramataia.

Para todos eles o tempo de convivência nas suas comunidades é de no mínimo seis anos, e a falta de água é uma realidade de forma indistinta, pois são dependentes do abastecimento via operação pipa, irregular e insatisfatória. Em tempo, 75% não possuem transporte próprio e se encontram utilizando fármacos. Todos referem o uso de medicina popular (plantas medicinais, cultivadas em casa ou obtidas na região), consumidas através de chás; são assistidos por PSF, Farmácia Popular, NASF, ACS, ACE, e não possuem acesso à Academia da Saúde e CAPS.

A discussão a seguir está ordenada em três camadas de análise: os sentidos produzidos sobre o sofrimento psíquico, as experiências de vida que o sustentam e os itinerários terapêuticos que vão sendo construídos na busca por atenção à saúde. Embora os sentidos se relacionem mutuamente, organizamos a análise a partir de cinco categorias, que se expressam de forma relevante nas entrevistas resultantes do processo de construção dos dados. São elas: 1. Sofrimento psíquico ou *“tem hora que tô sozinha e só choro”*; 2. Vínculos sociais e afetivos ou *“eu acho que meu pai nunca gostou de mim”*; 3. Assistencialismo na atenção à saúde mental ou *“o meu vereador me ajudou”*; 4. Medicalização da vida ou *“chegava lá, tomava injeção e me botava no grau”*; 5. Dispositivos de cuidado em saúde mental ou *“ele é como um pai pra mim”*.

4.1. Sofrimento psíquico ou “*tem hora que tô sozinha e só choro*”

Uma das dimensões exploradas na pesquisa foi a do sofrimento psíquico, compreendido como experiência vivida (RABELO, 1999), ou melhor, qual o sentido dado a ele pelos sujeitos, a partir do cotidiano, das relações estabelecidas com os outros sujeitos e a comunidade.

Um dado inicial e que nos parece ser digno de menção é a nomeação do sofrimento psíquico como *crise*. Luzia nos comunica que começou a ter crises a partir do casamento. Ela narra a experiência de sentir um “fogo na cabeça”. A experiência da fome, da ausência de trabalho e renda para suprir suas necessidades básicas, como alimentação, é contexto necessário para compreendermos o “fogo na cabeça”.

Luzia acrescenta:

Aí, quando foi na crise que me deu, já foi a crise mais pesado ainda. Isso aconteceu em 2012, que foi depois que o meu filho nasceu. Aí se juntou, não tinha leite para dar meu filho, praticamente não tinha renda mensal para... não tinha renda mensal para tá comprando leite [...] aí tudo isso vinha na minha mente, aí ficou, a gente ficou, aí quando a minha crise veio, veio mais forte.

Estas experiências de fome, precariedades de direitos e renda também ficam presente na vida de Cecília:

Falta comida. Que aqui o meu marido é só para pagar tudo, é para pagar uma coisa, é para pagar outra, pagar bujão, por isso que a energia foi cortada. Quer ver ruim é para fazer comida de noite. [...] Eu passo necessidade sim, não vou mentir. Se eu tivesse o meu pai e a minha mãe não faltava nada para mim. Nunca faltou.

[...]

Eu penso em tudo, na vida que eu levo, na vida que eu vivo, na falta de coisas dentro de casa, olhe eu penso em tudo. O que vem na minha cabeça eu penso.

Meu nome é Cecília, tenho 56 anos, tomo meu remédio controlado, tenho problema de saúde, não vivo assim muito bem, minha energia também foi cortada, meu marido trabalha, mas ganha muito pouco, aí é tudo nesse clima, aí eu fico sei lá, triste, não posso conversar com as pessoas, eu tenho depressão, só me dá vontade de chorar, eu corro na pista, o povo me pega, meu marido me bota para dentro e eu vivo assim, e assim eu vou vivendo a vida até o dia que Deus quer.

[...]

Me sinto triste, me sinto sozinha, ninguém gosta de mim, e eu fico triste, tenho vontade de viajar para os cantos e eu não posso ir quando tô com dinheiro, tenho uma viagem para fazer na casa da minha menina e eu não posso ir, que tô sem dinheiro agora. Tô correndo atrás da minha aposentadoria e nada dá certo e assim é tudo, é tudo um horror na minha cabeça. Não tenho força para mais nada, não. Eu acho. Eu tenho pra mim. Eu não tenho força para nada, para lutar mais não. É muito ruim, agora mesmo eu tô no escuro, cortaram a minha energia, tô tentando ver se arrumo um trocado para parcelar e ver se arrumo a energia para ver o que é que vai dar, mas não sei, meu marido trabalha, mas ganha muito pouco para alimentar a casa, pagar bujão, pagar a feira, pagar tudo, só ele só, aí é muito pesado, muito triste.

Relevante analisar que o sofrimento psíquico é social e historicamente datado, pois o sofrimento psíquico, nomeado como crise ocorre a partir de mudanças objetivas no percurso da vida, como o casamento e a chegada do filho num contexto de fome, que confluem para uma experiência que se constrói a partir de um intenso sofrimento, e que guarda relações inequívocas com um território que urge a efetivação de direitos sociais, como alimentação e trabalho, para citar o mínimo.

A narrativa de Luzia sobre a sua experiência de sofrimento psíquico nos dá margem para compreender a circunscrição desse sofrimento no território vivido em que ele ocorre, um território atravessado por questões sociais e políticas específicas. Aqui nos referimos a sua experiência com a não profissionalização, ausência de trabalho, dependência de transferência de renda de programas sociais, pouco acesso a itens básicos para uma vida digna, como água e alimentação, aspectos locais, comunitários e territoriais que conversam com aspectos mais ampliados: o pertencimento ao semiárido, historicamente marginalizado pelas políticas públicas. Como devidamente apontam Paim et al (2011), a saúde se expressa no cotidiano como uma questão social e política, vista sob a perspectiva macroestrutural, mas sem perder a intersecção com aspectos regionais e locais.

Guimarães, Nunes e Sampaio (2016) nos auxiliam a perceber que saúde e doença mental são interligadas ao contexto socioeconômico e cultural. Ou seja, não são fenômenos isolados e que podem ser compreendidos apartados da realidade social que os produz. E acrescentam: “a doença mental ocorre quando há a fragilidade ou a perda das narrativas relacionais entre história psíquica do indivíduo e a história da sociedade” (Ibid, 2016, p. 1215).

Essa fragilidade se expressa na vida de Luzia, e por isso ela relata que a infância e adolescência foram períodos responsáveis pela construção de memórias afetivas traumáticas, pois faltava vestuário, alimentação, e o trabalho era por deveras precarizado, na capital, como babá, caminho que se apresentava como estratégia que a desviava, de algum modo, do quadro de vulnerabilidade o qual a família estava exposta no interior. Embora tenha havido uma distância física em relação a família e a sua comunidade, era uma condição que lhe garantia o sustento e o acesso a bens materiais básicos, como vestuário, por exemplo.

Por decorrência, o casamento faz com que ela retorne da capital e se fixe na comunidade. Com o casamento vem atrelados o álcool e a violência doméstica, já no início. Esse é o cenário suficiente para que Luzia comece a nomear suas experiências de vida, suas dores, como crise, certamente pelos afetos e sentimentos dolorosos diante das experiências

vividas, configurando um contexto altamente adoecedor, que oferta condições insuficientes de qualidade de vida e bem-estar.

Aqui, a saúde mental passa a ser uma preocupação que lhe acompanharia pelos próximos anos, ou melhor, uma preocupação em não ter crise, a despeito de as estruturas sociais que a circundavam permanecerem invariavelmente estáveis. Como forma de atenção à saúde, a UBS da comunidade e a do centro da cidade e, depois, o Hospital Antônio Vieira Filho, em Batalha/AL, distante quase 25 km de sua casa, surgem como dispositivos buscados para sanar suas necessidades, bem como um ciclo de consultas e exames particulares realizados em Arapiraca/AL, dando-se início, também, a um processo de medicalização que foi se acentuando ao longo dos anos.

O que o hospital não sana é a falta de leite, de alimentação e vestuário. Ele também não dá conta de extirpar a violência doméstica, as dores que o álcool inflige. Ele apenas recupera os sintomas narrados, e os domestica através da medicalização, enquanto o contexto de vida permanece inalterado, um contexto de vulnerabilidades.

Os encontros construídos durante as entrevistas nos permitiram perceber que falar, pensar e memorar todo esse período é um processo realizado de forma que não exclui sentimentos de tristeza, acompanhado de choro enquanto falávamos sobre o que denota o grau de sofrimento psíquico atrelado a sua história de vida. Esse ponto justifica-se pela reiteração da seguinte fala: *“dói na minha memória”*. Durante os encontros, esse foi um dos momentos mais delicados para Luzia e também para mim. A entrevista é também um momento de elaboração, e certamente nesse momento pudemos refletir sobre o sofrimento que faz parte de sua história, compreendendo-o como resultado de uma vida extremamente difícil, marcada pela fome, pela falta de leite para alimentar o filho, pela violência de gênero e humilhação social de ter que ouvir o marido mandá-la ir embora, pois a casa não pertence a ela. Compartilhamos a angústia que é ter uma vida construída com base em muitos não e negligências básicas ao seu direito como pessoa humana.

Luzia perceber-se como uma mulher que possui uma história de vida na qual o sofrimento psíquico esteve presente durante muito tempo, diferentemente de outras pessoas próximas a ela, que não experimentam esse sofrimento. Reitera: *“não tem ninguém que sofre de nervo [na família] só eu”*. Aqui parece expressar-se duas questões fundamentais: a diferença percebida entre sofrimento físico e sofrimento psíquico e, por decorrência, o possível não sentir-se pertencente a uma comunidade que, assim como ela, possui dificuldades para compreender a expressão do sofrimento psíquico, que rompe o cotidiano e resvala em forjar uma história que exclui o quadro social maior e reduz o sujeito apenas à

experiência do sofrimento psíquico, elevando-o à condição de “doente mental”, a um *status* de diferente de nós (RABELO, 1999). É nessa diferenciação que se enraíza a ideia de loucura, pois a lupa que se utiliza para falar e compreender o fenômeno atem-se tão somente a um corpo que sofre, destituindo-o de qualquer filiação ao cotidiano, ao território, à comunidade e a sua história.

As narrativas também não colocam em contato com a violência institucional, que amplamente demonstram o despreparo das instituições com os sujeitos em sofrimento psíquico, e denotam um viés violento na lide com aquele que é considerado “diferente”.

Não, isso aí do pé dele, foi depois. Quem fez isso foi a polícia, naquela festa de Nossa Senhora da Conceição em Jaramataia. [...] A polícia já foi logo chutando ele, já foi logo chutando, quando acabaram algemarlo ele e ele disse: oxe, o que foi? Acordou azuado. Aí disseram: você vai saber o que foi. Quando chegaram no meio do caminho, quebram o pé dele (informante de Francisco).

Percorrer a via oposta é, portanto, considerar esse quadro social maior que fundamenta a experiência de vida e o cotidiano dos sujeitos que possuem necessidades específicas de saúde mental, abarcando, assim, a ascendência da vulnerabilidade, ou seja, os aspectos individuais, mas também os estruturais que suscetibilizam sujeitos, coletivos e comunidades a maiores níveis de adoecimento, a despeito da menor disponibilidades de recursos para sua proteção. Pois enquanto preponderam piores níveis de saúde, há maiores chances de sofrimento, considerando a vulnerabilidade como um entrelaçamento de variados aspectos individuais e coletivo que embasam maiores chances de adoecimento ou agravos de saúde em um determinado grupo ou comunidade, além de menor disponibilidade de recursos para proteger esses grupos e comunidades desses mesmos adoecimentos ou agravos (AYRES, FRANÇA JR, PAIVA, 2018).

As várias dimensões de análise da vulnerabilidade – dimensão individual, ou seja, o resultado da interação com as redes de proteção; interação com as instituições, que podem confluir para a vulnerabilidade de sujeitos, coletivos ou comunidades; e interação social, com a estrutura de governo, relações de gênero, atitudes referentes à sexualidade, religiosidade e à pobreza - sustentam a arguição anterior. A dimensão individual nos instrumentaliza a conceber o sujeito como sujeito-cidadão, no sentido de vinculá-los aos seus contextos de subjetivação, construídos ao longo de sua história de vida de um modo muito particular, às relações de poder que lhes atravessam, favorecendo uma compreensão honesta de como é vivenciar o sofrimento psíquico através dos contornos do semiárido.

A partir da dimensão social é necessário compreender o acesso às informações, recursos coletivos disponíveis no território, relações sociais, econômicas, de gênero, raciais,

religiosidade, pobreza, exclusão social, entendendo que o percurso de cuidado do sujeito não se dá no vazio, mas está inscrito nos marcadores sociais que compõem sua experiência de vida.

Foi uma depressãozinha que eu peguei depois que minha esposa faleceu, né? Eu entrei numa depressão, foi um negócio de repente. Peguei uma depressão, abandonei a casa, não conseguia entrar aqui não, estava acostumado com a esposa.

[...]

Quando perguntado sobre quais memórias têm da esposa: De como a gente vivia na nossa casa. [A gente] lembra tudo: levantar cedo e ter seu café pronto, comida feita, trabalhar e chegar em casa e estar tudo certinho.

[...]

Porque para mim eu via ela andando nessa casa do mesmo jeito que ela vivia. Acho que aquilo ali a gente não vê, né? É ideia da cabeça. Não conseguia dormir. Toda vez que eu olhava eu via o caixão que ficou aqui, aí não conseguia dormir. Eu sei que passei a noite, aí no outro dia sai [de casa para morar com uma das filhas].

[...]

Tinha minhas coisas de cozinhar, tinha prato, tinha cama, o que ela deixou eu esbagacei tudo (João).

A partir da dimensão programática compreendemos que embora existam o mínimo de políticas públicas e instituições legislativamente criadas para a atenção à saúde mental da população brasileira, que deveriam ser implementadas com o objetivo de reduzir as experiências de vulnerabilidade, garantindo disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade dos serviços, há um fosso entre desenho e efetivação, que não estão dispostos de forma minimamente satisfatórias nos espaços os quais tivemos a oportunidade de circular durante a realização desta pesquisa.

Conforme orientam Camurça e Ximenes (2017), não podemos desconsiderar o pertencimento desses sujeitos ao semiárido, que traz consigo a dificuldade de acesso à água, a cultura coronelista, o mandonismo político, violência de gênero, precariedade das políticas públicas, que impedem uma vida saudável e contribuem para a emergência do sofrimento psíquico, questões que, inegavelmente, estão presentes nas histórias de vidas dos nossos sujeitos e, portanto, carecem de uma atenção que considerem essas questões em qualquer atenção que se venha a ter em relação à saúde mental deles e de suas comunidades.

Justifica-se, aqui, a aplicabilidade da equidade: reconhecer as diversas desigualdades entre sujeitos e comunidades que comungam de necessidades sociais específicas demanda recorrer à abordagens diversificadas como estratégia para a redução das diferenças existentes (WERNECK, 2005). Um exemplo dessa fratura da rede de atenção psicossocial é o município de Jaramataia não comportar a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial⁴ (CAPS),

4 Os CAPS surgem na década de 80 na cidade de São Paulo. Em 2002, as Portarias 336 e 189 do Ministério da Saúde regulamentaram o funcionamento dos CAPS, além de destinar recursos financeiros para eles. Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS funcionam respeitando as seguintes modalidades: CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de

embora existam usuários que apresentam complexas necessidades de saúde, que ficam desassistidos, tendo, muitas vezes, a hospitalização psiquiátrica como única opção durante os momentos de crise, crises que poderiam ser evitadas caso houvesse uma rede atenção psicossocial que reinserisse os usuários na sociedade e não os deixassem à margem, relegando o cuidado aos espaços da convivência familiar, comunitária e social. Os municípios que não possuem CAPS devem realizar a atenção psicossocial via Atenção Básica, com o apoio dos NASF's e Consultórios na Rua.

Atenção Básica e, por decorrência, a saúde mental se apresentam de modo precarizado e aquém das prerrogativas legais que orientam a atenção à saúde mental da população. Para além das dificuldades orçamentárias e de gestão, é um gigantesco entrave construir saúde mental com alta rotatividade de profissionais, quase sempre com vínculos empregatícios frágeis (contrato público por tempo determinado); defasagem de profissionais nas equipes; pouco incentivo à qualificação profissional; alta atenção em saúde voltada para a medicalização; centralização dos serviços nas áreas urbanas, em virtude da baixa mobilidade dos profissionais de saúde nas áreas rurais (insuficiência de transporte, por exemplo); insuficiente organicidade da rede de atenção psicossocial com as demais políticas públicas locais, como educação e assistência social, questões que dificultam a efetivação do modo de atenção psicossocial de base comunitária.

Os sentidos construídos pelos sujeitos denotam as ausências, sejam de profissionais, medicamentos e equipamentos sociais que deem conta, de fato, de suprir suas necessidades de saúde. E se considerarmos a última dimensão da vulnerabilidade, a institucional, veremos a fragilidade das instituições e das redes protetivas que confluem para seu quadro de vulnerabilidade, seja pela distância espacial, seja pela insuficiência de recursos humanos etc. (AYRES; FRANÇA JUNIOR; PAIVA, 2012).

substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes; CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes; CAPS I: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes; CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes; CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes; CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acessado em: 21/04/2020.

4.2. Vínculos sociais e afetivos ou “*eu acho que meu pai nunca gostou de mim*”

Parece existir no imaginário social a concepção que nos contextos interioranos a construção de vínculos afetivos e sociais, seja na família ou para além dela, é lugar-comum. Não comprometidos a sustentar esse preconceito, buscamos compreender qual o lugar da família e dos vínculos sociais na dinâmica de vida dos sujeitos, fora compreender o papel desempenhado pelos cuidadores de referência que estão lado a lado dos sujeitos que convivem com o sofrimento psíquico. Nesse processo, quando citamos os familiares e cuidadores dos sujeitos que experimentam sofrimento psíquico é necessário cautela para não culpabilizá-los diante de um cenário social e programático que os impedem de ter acesso a recursos e informações.

As histórias dos familiares, que foram e são construídas num contexto histórico-social semelhante, também são pautadas na negação de direitos sociais básicos, como informação que lhes deem condições para cuidar dos seus parentes. Parece irracional, portanto, exigir dos sujeitos, coletivos e comunidades práticas de cuidado que não possuem relação com seus valores e histórias de vida, e que são, na verdade, responsabilidade do Estado. A família expressa, tão somente, as desigualdades sociais sob as quais está submetida, ou seja, seria leviano responsabilizá-la como causadora do sofrimento psíquico dos sujeitos, que tem na realidade social as diferentes vulnerabilidades que ensejam as diferentes expressões e narrativas sobre o adoecer.

Sobre o aspecto de desamparo familiar, Luzia se queixa: “*Eu acho que o meu pai e a minha mãe nunca gostaram de mim, porque nas horas que eu mais preciso, se eu chegar lá para eles me servir me, eles não me serve.*”

Ela se queixa que os pais possuem condições financeiras melhores se comparada às dela, mas não se sente amparada por eles, sobretudo em relação à alimentação e ajuda para custear os gastos elevados com medicação. Acrescenta: “*meu pai nunca me dá um litro de leite*”. Há, ainda, um atravessamento de gênero, pois ela refere que os pais ajudam o filho homem, havendo uma distinção de tratamento com base no gênero, o que também a vulnerabiliza. Urge daqui a necessidade de corrigir iniquidades sociais, considerando, socialmente, as questões de gênero, por exemplo, estigmatização, pobreza, desemprego, analfabetismo e desigualdades sociais, questões que estão presente no cotidiano das mulheres participantes.

Os familiares com os quais Luzia mantém relações prósperas de vínculo são aqueles que dispensam atenção, se preocupam e a auxiliam com questões materiais, como um cunhado que veio de São Paulo e deixou cinco latas de leite, e as irmãs que, em momentos de crise, se deslocam até sua residência para ampará-la, o que denuncia a importância da convivência familiar e comunitária como formas de cuidado e atenção a saúde. Consideramos que:

Apesar do aspecto positivo da promoção dos laços familiares e sociais, essa responsabilização, muitas vezes, é marcada pela sobrecarga dos cuidadores, devido à falta de orientação e de apoio necessários para o desempenho do papel que esses assumem no dia-a-dia (CARDOSO, GALERA, 2011, p. 688-689).

É interessante compreender como essa responsabilização recai sobre a família. Com a reforma psiquiátrica, que priorizou o modelo assistencial, somada à lei 10.216/01, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo de atenção, visando à reabilitação e à reintegração psicossocial do indivíduo adoecido mentalmente, as famílias são chamadas a se envolver com o tratamento, com especial destaque para os cuidadores. Mas, em geral a família não possui as condições suficientes para apoiar as propostas de ressocialização/reabilitação que esse novo modelo de atenção preconiza, o que pode levar a um impacto negativo sobre si mesma (FACCHINI et al, 2010). Vejamos que:

A família é convocada a participar efetivamente do processo de reconstrução da dignidade do portador de sofrimento psíquico, ocupando lugar privilegiado nas discussões das políticas públicas em saúde mental diante da Reforma Psiquiátrica. Ela representa o espaço indispensável à garantia da sobrevivência, desenvolvimento e proteção de seus membros, independente do arranjo familiar ou da forma como se estrutura. Cada família possui uma dinâmica de vida específica, dependente do processo de desenvolvimento sócio-econômico e do impacto da ação do Estado por meio de suas políticas econômicas, sociais e de saúde (AZEVEDO, GAUDÊNCIO, MIRANDA, 2009, p. 486).

Ao assumir a posição de cuidado, que antes era desenvolvido pelo hospital, no contexto de Jaramataia, que não tem outros dispositivos de amparo à saúde mental, ocorrem conflitos entre a realidade da família e o que orienta o modelo de atenção psicossocial, podendo surgir uma sobrecarga – física ou mental – no desempenho das funções de cuidado sobre os cuidadores. A sobrecarga física relaciona-se com a presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam a vida cotidiana dos familiares, pois a experiência do sofrimento psíquico pode provocar desorganização na dinâmica familiar, mudanças na rotina doméstica, na vida social e profissional dos familiares, perdas financeiras e aumento das tarefas diárias. O aspecto subjetivo da sobrecarga da família se refere à reação emocional frente à demanda de ter se tornado o responsável maior pelo outro (FACCHINI et

al, 2010), e em um contexto de desassistência à saúde mental essa responsabilidade torna-se ainda mais difícil.

Só Deus e primeiramente eu. Nem o meu netinho aqui, ele não chega, ele tem medo. Ele tem medo de chegar, ninguém chega. Só Deus e primeiramente eu, mais ninguém. Então esse menino meu que agora está em Mato Grosso, quando ele adoecia nós ficava nós dois. Uma hora ele dormia e eu pastorava, outra hora ele dormia e eu pastorava.

[...]

Não pede, porque ninguém vem, só quando é para levar que eu chamo um para ajudar a botar no carro ou ajudar a levar, mas para ficar aqui com ele, só Deus e eu, ninguém vem (informante de Francisco).

A informante de Francisco deixa claro que sente que só pode contar com Deus nos cuidados do filho que experimenta sofrimento psíquico. Antes, tinha os cuidados compartilhados com outro filho, mas hoje ele se encontra trabalhando no estado do Mato Grosso. Somente nas ocasiões de internação, em que é necessário acomodar Francisco no transporte, algum vizinho ou pessoa próxima a ajuda. A narrativa, durante os encontros, transparecia bastante cansaço e um sentimento de solidão, de não poder contar com mais ninguém no enfrentamento de suas dificuldades.

Facchini et al (2010), num estudo que buscou avaliar os níveis de sobrecarga em cuidadores de pacientes de um Centros de Apoio Psicossocial (CAPs) de Pelotas/RS, perceberam, dentre 874 entrevistados, que predominam cuidadores da própria família, do sexo feminino, com baixa escolaridade e renda familiar, que enfrentam maior dependência de bebida alcoólica, maior prevalência de tabagismo e de transtornos mentais comuns.

A literatura tem demonstrado que, embora não seja mais aceitável submeter os sujeitos que experimentam o sofrimento psíquico a práticas asilares, também não se pode deixá-los a mercê dos cuidados das famílias, pressupondo que elas, sozinhas, consigam assistir seus familiares em relação as suas necessidades de cuidado em saúde mental, que muitas vezes se veem sem conhecimento sobre como cuidar dos seus membros (FACCHINI et al, 2010).

O cuidador surge num contexto em que o cuidado não pode ser realizado pelo sujeito em sofrimento psíquico. Muitas vezes são mulheres não remuneradas, pouco orientadas pelos serviços de saúde mental, que auxiliam seus familiares no cuidado em suas residências, e vai desde cuidados simples até especializados, podendo se constituir como uma fonte estressora e gerar grande sobrecarga ao cuidador, podendo, também, adoecerem. Segundo Cardoso et al (2012):

O cuidador é a pessoa, membro da família ou não que se dispõe a cuidar da pessoa doente ou dependente auxiliando a execução de atividades cotidianas da vida, com ou sem remuneração para, tais como: higiene pessoal, alimentação, administração de medicamentos, ida a consultas, bancos ou farmácias, independente da gravidade da doença e fluxo de cuidado (p. 514).

Quando se deparam com situações de sofrimento psíquico as famílias passam a enfrentar, também, desorganização das suas rotinas, bem como novas preocupações e a dificuldade em enfrentar, muitas vezes, sem a menor orientação, alterações de comportamento e de humor, sofrendo ou também adoecendo nesse contexto. Sem orientação adequada, sobretudo nos casos mais agudos, há uma tendência a querer normalizar a experiência do sujeito que enfrenta o adoecimento psíquico, e isso pode ser a base para o ciclo de continuidade do sofrimento para toda a família, bem como impedir ou dificultar formas alternativas de cuidado (CARDOSO, GALERA, 2011).

Como demonstram Azevedo, Gaudêncio e Miranda (2009), o cuidado fornecido pelos cuidadores, bem como a assistência, prestados aos portadores de sofrimento psíquico, trazem consequências para os cuidadores, pois o desejo de resolver os problemas oriundos do adoecimento de um de seus membros, desejo que assume grande relevância – pois os cuidadores organizam suas próprias vidas em torno dos cuidados que precisam ocorrer na relação aquele que experimenta adoecimento psíquico – impera, de algum modo, sobre a dinâmica de vida anterior à experiência do adoecimento.

Assim como apontam outros pesquisadores, Braga, Fernandes e Rocha (2014) endossam que a ocorrência de sofrimento psíquico por um sujeito envolve mudanças significativas para os familiares que se envolvem diretamente com o cuidado, trazendo consequências emocionais e econômicas. Nesse sentido,

[...] surgem adaptações na vida familiar que ocasionam mudanças no cotidiano, envolvendo por vezes desistência de planos e abnegação de vontades para se viver uma realidade construída a partir das necessidades do psicótico (Ibidem, p. 229).

Em virtude do estigma e do preconceito que um sujeito em sofrimento psíquico experimenta, sobretudo quando o cuidador de referência é a mãe, apontam Braga, Fernandes e Rocha (2014), a superproteção acaba sendo uma tentativa de protegê-los de novos sofrimentos que o estigma social e o preconceito provocam, tentativa de proteção que, de algum modo, pode sua liberdade e autonomia e pode funcionar como mais uma entrave para a reabilitação e inclusão psicossocial.

Dentre as mudanças significativas que os familiares que se envolvem diretamente com o cuidado de seus membros que experimentam sofrimento psíquico estão maior tempo de permanência dentro de casa e, portanto, menores condições de realizar atividades sociais que para eles são importantes, o que pode acarretar sofrimento. O isolamento social também se mostra como uma tentativa de enfrentar constrangimentos sociais.

Com a permanência dos familiares que enfrentam o sofrimento psíquico em casa, os cuidadores precisam mudar suas rotinas para dispensar esse cuidado, como ajudar na realização de atividades diárias, administrar medicação, acompanhar na realização de consultas e procedimentos médicos, auxiliar nos momentos mais agudos, fornecer suporte social e sustentar, financeiramente, as despesas com as demandas de saúde, contexto que pode ser a base para o surgimento de dificuldades no relacionamento familiar, sofrimento da família por não saber como lidar essas necessidades e possíveis novas internações. Em um contexto de vulnerabilidade e pobreza, em que impera a necessidade de água e alimentação, por exemplo, as famílias dificilmente vão conseguir dar conta dessas demandas de saúde mental.

A família pode não estar orientada, por exemplo, sobre o que fazer numa situação de agressividade e inquietação, ou silêncio excessivo, nas quais o cuidador pode, também, apresentar ansiedade, angústia e impaciência, ou seja, formas bastante variadas de sofrimento (BOREINSTEIN, et all, 2011). Brigola et all (2017) também citam que o cuidador pode experimentar, a partir de sua condição na relação, insônia, dores recorrentes e desgaste emocional.

Luzia é agricultora e dona de casa, tece sozinha os cuidados do lar, do companheiro e do filho de sete anos e, além disso, é responsável pelos cuidados dos sogros que moram numa casa ao lado, são idosos e necessitam de um cuidador para a realização de atividades da vida diária. Em relação a eles, também se queixa: *“Eu faço de um a tudo e nem praticamente a minha sogra e nem o meu próprio esposo me valoriza. Aí eu me sinto. Em vez de ficar animada, eu me sinto mais triste e mais revoltada ainda.”*

A fala denuncia uma naturalização das relações de gênero. No contexto familiar, há ainda outro agravante: a violência doméstica que o marido a submete. Luzia refere que desde o início do casamento é alvo de violência psicológica⁵ e física, situação que ela utiliza como explicação para o agravamento do sofrimento psíquico ao longo dos anos, sobretudo quando ele está embriagado: *“Porque quando ele (o marido) está sadio é uma coisa, mas quando ele chega em casa bêbado, ele vem com ignorância, ele quer dar em mim, ele já me prometeu pisa, ele já me prometeu tiro.”*

5 Segundo a lei 11.340/06, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, violência psicológica é qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

Violência doméstica é uma questão de saúde pública. No entanto, o sofrimento que a violência doméstica produz em Luzia parece não encontrar acolhimento, embora esteja, de forma constante, em contato com equipamentos públicos e profissionais de saúde, seja nas idas à UBS, seja nas visitas domiciliares que recebe da equipe de referência. Se ampliarmos um pouco mais nosso olhar sobre a rede protetiva local, veremos que o município dispõe, também, de um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), situado no centro do município. Os CREAS são equipamentos públicos da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e sujeitos que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados, incluindo-se mulheres vítimas de violência doméstica, que são acolhidas e têm suas demandas sociais, psicológicas e jurídicas escutadas, seguindo-se de orientações e encaminhamentos para serviços especializados das mais diversas políticas presentes no território, com o objetivo de cessar o ciclo da violência, garantindo a proteção aos seus direitos sociais básicos. Infelizmente, a narrativa de Luzia permite-nos a compreensão de que existe um fosso entre o fenômeno da violência doméstica, em suas diferentes modalidades (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), e cobertura de apoio profissional para a garantia de direitos, perpetuando, portanto, um contexto significativo de vulnerabilidade.

Enfrentar o sofrimento psíquico requer a capacidade de o sujeito tomar decisões, mobilizar outros sujeitos, que funcionam como suporte afetivo, capaz de acolher o sofrimento do outro e validá-lo, diminuindo, assim, a carga que é administrar sentimentos que por vezes são conflitantes. Enfrentar as queixas de saúde, requer, também, atravessar barreiras sociais e econômicas que funcionam como entraves aos cuidados em saúde, pois podem mitigar, impedir ou dificultar as mobilizações e os desejos dos sujeitos, convergindo com o que Campos, Emerich e Passos (2014) ponderam: as barreiras no acesso aos direitos sociais dificultam a consolidação de redes de apoio que possibilitam a construção de itinerários sustentados na autonomia dos usuários, elemento fundamental numa experiência de vida, apoio que não deve ser restrito à família, mas à comunidade, aos dispositivos institucionais de saúde, às práticas tradicionais de cuidado e etc.

Santin e Klafke (2011) contribuem oxigenando essa construção ao afirmarem que a família é uma instituição social que pode vir a exercer um papel disciplinador. Não esquecer, nesse processo, da família como instituição socialmente disciplinadora, revestindo-se de uma característica antagônica: ora promotora de sofrimento, ora promotora de cuidado à saúde mental. Luzia transita entre esses polos, pois diferentes membros da família desempenham papéis igualmente diferenciados.

Tem uma mulher que se chama E., na rua da pista, ela é muito boa comigo, me ajuda muito, não vou mentir.

[...]

Me dá comida, me dá as coisas, quando não dei fê ela chega com as coisas, manda eu pegar, quando eu vou pra lá. Ela me ajuda sim. Não é nada minha, é só amiga minha de muitos tempos. No lugar da família, só ela faz.

[...] a gente conversa, ela me dá bom conselho. É ela que me dá as coisas.

Eu sinto desprezo, eu sinto tudo, tem hora que to sozinha e só choro.

Só que a minha família que mora aqui tem condição, mas não me ajuda. A verdade é essa. Eu tenho uma tia, um tio, mas só que não me ajuda de jeito nenhum. Deixa os de fora, que não é nada meu, me ajudar. Ai tudo isso eu boto na minha cabeça (Cecília).

Outro aspecto significativo é o isolamento social como elemento presente na vida dos sujeitos. Uma vez que há barreiras significativas na construção de vínculos afetivos e comunitários, somado à baixa densidade de dispositivos de lazer e bem-estar no território, a restrição à dimensão da casa é uma expressão comum de como está organizada a vida dos sujeitos que enfrentam questões mentais no semiárido. Os espaços de lazer e socialização apontados pelos sujeitos foram basicamente a igreja, o campo de futebol e o bar, contextos de lazer que são preponderantes nos interiores do país e no cenário do semiárido.

4.3. Assistencialismo na atenção à saúde mental ou “o meu vereador me ajudou”

Partimos da noção que sujeitos que não possuem acesso a políticas públicas que garantam seus direitos sociais básicos vivem em territórios mais propensos ao adoecimento e sofrimento psíquico, o que requer que o Estado assuma sua responsabilidade, atenuando os determinantes sociais do processo saúde-doença, atuando, assim, sobre as vulnerabilidades, ou seja, sobre os “aspectos individuais e coletivo relacionados a maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” (AYRES, FRANÇA JR, PAIVA, 2018, p. 78). As narrativas a seguir nos permitem compreender os impactos produzidos pelas ausências das políticas públicas.

Fui para a escola, mas eu não gostava da escola. Ai eu disse: "meu pai, quero estudar não, quero trabalhar!". Eu e os irmãos tudo.
[...]
Eu fiquei na base dos dois meses e sai. Eu, minha irmã e meus irmãos saímos e fomos trabalhar (João)
Com quinze anos de idade, eu já comecei a trabalhar. Aos 16, casei (Cecília).

João acrescenta que não sabe ler e escrever, que não aprendeu nada na escola, nem ele e nem os irmãos, situação que sempre o colocou em contato com trabalhos precarizados e com baixa remuneração, a despeito de ter constituído família aos 23 anos e ter tido seis filhos. Durante as conversas, nos aproximamos de seu universo de trabalho, quando ele acrescenta: “*Eu limpo mato, roço palma, arranco pau, faço tudo...*”. O não acesso à educação, segue-se pela constituição de família, que se sustentam com base em trabalhos braçais, precarizados e com baixa remuneração, que não dão conta de prover as necessidades básicas da família, fonte de sofrimento psíquico e humilhação social. A ineficácia das políticas públicas é gênese da compreensão sobre a saúde mental.

A noção ampliada de saúde, que passa a compreendê-la não como ausência de doença, mas como bem-estar físico, mental e social (FERRAZ; SEGRE, 1997), nos termos da Organização Mundial de Saúde (OMS), está contida nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, que fundamentam, hoje, o modelo de atenção psicossocial, um novo modo de produzir saúde, orientado pela noção de território.

Chiaverini (2011) sustenta que o novo modelo de atenção psicossocial persegue uma construção compartilhada, pautada no cuidado colaborativo enquanto processo que permite construir práticas de saúde, a partir de uma “proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (p. 15) que permite realizar a “integração da saúde mental à atenção primária” (p. 15),

características que podem ser extrapoladas para o modelo de atenção à saúde mental como um todo, mas que não se encontram presentes no território estudado.

Transformar as experiências de saúde e doença das comunidades não é fim, é processo, complexo e multideterminado, ancorados na noção de direitos humanos, com vistas a consolidar o cuidado integral e humanizado, superando a visão tradicional nosológica e individualizada, ou a concepção utópica de saúde como completo bem-estar biopsicossocial, como criticam Ferraz e Segre (1997). Retirar a centralidade da intervenção da doença para o sujeito em sofrimento psíquico, considerando sua história, pertencimento social e cultural, a complexidade do processo saúde/doença/cuidado e eleger o território como espaço privilegiado de produção de práticas de saúde, é uma decorrência inevitável do ancoramento na concepção ampliada sobre saúde.

A nova concepção de saúde e, portanto, de saúde mental, escancara a sobreposição da tutela dos serviços e do assistencialismo sobre a autonomia do sujeito, indo na contramão da concepção ampliada de saúde (FERRAZ; SEGRE, 1997) e da noção de direitos humanos (MORIN, 1990; SILVA, 2013), desencadeando processos de alienação e institucionalização, violentando a proposta de construção de autonomia e cidadania e revela uma face do assistencialismo, pois não busca tecer formas de cuidado atinentes às necessidades específicas de saúde e aos direitos dos sujeitos cidadãos, mas tão somente perpetuar relações de poder, mantendo o *status quo*.

[...] a tradição política de tipo clientelista e patriarcal obstaculizaria não só as transformações estruturais, mas, fundamentalmente, as mudanças de natureza sociocultural no meio rural do Brasil. Essa situação, além de mais fortemente encontrada no meio rural, é também predominante na região Nordeste, onde há mais concentração de pobres e extremamente pobres, reunindo 49,75% das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família em todo o país, principal estratégia de enfrentamento à pobreza adotada pelos governos brasileiros nos últimos anos (DANTAS, et al, 2017, p. 543).

Essa face do assistencialismo presente na vida dos sujeitos que experienciam sofrimento psíquico no interior do Nordeste brasileiro pode ser visualizado nos seguintes excertos construídos por Luzia:

E depois que é para ir para o psiquiatra em Arapiraca, a gente tem um vereador que se a gente precisar dele, não tem hora, ele serve a gente, ai a gente foi com ele para Arapiraca.

[...]

O meu vereador me ajudou e me levou-me.

Tanto a Reforma Sanitária brasileira quando o modelo de atenção psicossocial assumiu como diretriz, ao longo dos anos, a ampliação dos direitos sociais às camadas que sempre estiveram à margem dos direitos. O sentido de “favor” atribuído ao conseguir um transporte

para realizar uma consulta com especialista em um espaço distante de sua residência demonstra o quanto o direito à mobilidade/transporte configura-se como uma realidade distante, prendendo o sujeito numa dinâmica assistencialista, posicionando-o num lugar de devedor de algo que deveria ser seu por direito. Como consequência, temos uma despolitização da saúde como direito e a tutela dos usuários, considerados como sujeitos passivos, como se fossem destituídos de potencialidades para lidar com seus problemas, seu sofrimento, ou seja, sua própria vida (CAMPOS; GAMA, 2010). O direito que seria uma garantia passa a ser um favor prestado por um representante do Estado.

A negligência de direitos básicos, que não é prática ingênua e inócua, acarreta diretamente violação do acesso à rede de atenção psicossocial às comunidades rurais, já que se encontram em territórios de difícil acesso e com infraestruturas precárias para os deslocamentos aos centros especializados e aos dispositivos formais de saúde, como é o caso de Luzia. Os sentidos construídos pelos sujeitos demonstram a complexificação do território a partir de práticas mandonistas que perpetuam o coronelismo no semiárido, a barganha da sustentação político-partidária através do não atendimento integral das necessidades dos usuários, relegando o cuidado para um plano secundário. O que move o assistencialismo é um desejo pela manutenção da realidade e do poderio político das famílias locais, pois não há uma preocupação com a extinção das raízes sociais do adoecimento psíquico. Há, então, ações que reproduzem a lógica coronelista por meio da negligência sistemática de direitos e não permitem a defesa de reformas estruturais que modifiquem, por exemplo, o cenário de arraigadas vulnerabilidades que confluem para uma maior propensão ao adoecimento psíquico.

Some-se a esse cenário a recente implantação do sistema de saúde brasileiro (SUS), fato importante para a compreensão de que a promoção, proteção e recuperação da saúde são objetivos ainda não alcançados com mínima qualidade no cenário brasileiro, e de forma ainda mais acentuada nos contextos rurais, distantes dos centros urbanos que detêm mais recursos humanos, instituições e articulação entre a rede protetiva. Tal dificuldade limita a implementação efetiva da rede de atenção psicossocial e sua relação direta com a atenção básica, porta de entrada para os moradores das comunidades aos cuidados em saúde (SILVA et al., 2016).

Segundo Costa, Loureiro e Santana (2016), citando WHO (2014) e Calouste Gulbenkian Foundation (2014), a ocorrência do sofrimento psíquico se relaciona com os lugares e ambientes nos quais as pessoas estão inseridas, ou seja, com características urbanas ou rurais, influência que independe das características individuais. Por isso, quando nos

referimos ao território, fazemos menção a onde se nasce e constrói-se uma vida. Os autores apontam:

A literatura tem sugerido que piores resultados em saúde mental estão relacionados com habitação sobrelotada, com pouca entrada de luz natural, fraco isolamento térmico e acústico, inestética do espaço construído [...] (COSTA, LOUREIRO, SANTANA, 2016, p. 77).

Além disso, insegurança e presença de crimes, serviços públicos precários, alta densidade populacional, ruídos, baixos rendimentos, níveis elevados de desemprego, baixa atividade econômica e ausência de alimentação saudável também interferem em níveis de saúde mais baixos. Sobretudo em contextos de pobreza, as vulnerabilidades se multiplicam.

Costa, Loureiro e Santana (2016) pontuam:

[...] Gericamente, classificam-se como lugares em declínio econômico, social e demográfico, tendo por base processo de desqualificação que assentam em mecanismos de desqualificação que assentam em mecanismos de acumulação e retroação, ocupados por populações carenciadas e empobrecidas, degradados habitacionalmente, desprovidos de equipamentos públicos e/ou privados, onde se incluem os do comércio e serviços e, conseqüentemente, tendem a constituir-se como território de baixa interação social e fraca utilização do espaço público (p. 78).

A compreensão de pobreza utilizada por Camurça e Ximenes (2016) está ancorada nas contribuições de Amartya Sen (2000), compreendida a partir de privações que extrapolam a condição econômica. A pobreza, ausência de moradia e de acesso à educação e saúde, por exemplo, funcionam como barreiras que impedem os sujeitos de exercerem suas potencialidades. Por isso, no campo da saúde não é necessário, apenas, atuar sobre os riscos de adoecimento, e sim minimizar os determinantes sociais que vulnerabilizam os sujeitos, que são injustas e evitáveis. Especificamente nos contextos rurais do Nordeste, temos visto um processo contrário: baixo nível de cobertura das políticas públicas de saúde e assistência social, compondo um contexto que expõe os sujeitos, cotidianamente, à experiência do sofrimento psíquico. É urgente articular, a partir da abordagem psicossocial, conhecimentos científicos, atores sociais e os sujeitos, individual e coletivamente, na tentativa de construir formas de cuidado que tenham gênese em sua cultura e que seja de base comunitária.

Conforme sustenta Belarmino et al (2016), “[...] essa complexa e dinâmica relação (se referindo a condições socioeconômicas) não pode ser compreendida de forma determinista mas como singularidades não passíveis de generalizações” (p. 195). Cabe referenciar que a pobreza, ou seja, o não acesso a bens e políticas públicas, que conduz à exclusão social e fragilização de vínculos familiares e comunitários, repercute diretamente na saúde mental dos sujeitos.

Ainda nesse cenário de pobreza e vulnerabilidades, há outro entrave: o assistencialismo que impede transformações sociais que são estruturantes para a experiência do sofrimento psíquico. Especialmente no Nordeste, em que há uma expressiva concentração de pobres e extremamente pobres, famílias que dependem quase que exclusivamente dos programas de transferência de renda do Estado, como o Programa Bolsa Família (PBF), especificidades que dão contornos ainda mais expressivos às singularidades que confluem para a vivência do sofrimento psíquico.

O ponto crucial que queremos destacar é que as condições de vulnerabilidade psicossociais relativas à pobreza se agravam quando se trata das populações rurais. Indicadores socioeconômicos revelam que esses espaços, especialmente os da região Nordeste, como indicado anteriormente, ainda apresentam precárias condições de vida: baixo nível financeiro, desemprego; alto índice de não alfabetizados, de insegurança alimentar e mortalidade infantil para os padrões atuais; dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica; precariedade das condições de trabalho e maior dependência dos programas de transferência de renda e falta de apoio social [...] (BELARMINO et al, 2016, p. 201).

Especialmente para as mulheres, há uma sobrecarga de diferentes atividades, que ensejam cuidado com a família. Para os homens, sofrimento em relação a não autonomia financeira, não ter onde trabalhar. Belarmino et al (2016), recuperando Costa e Ludermir (2005), apontam a correlação entre baixo apoio social existente entre moradores de comunidades rurais e a probabilidade duas vezes maior de transtornos mentais comuns (TMC).

Para as mulheres a tentativa de conciliar diferentes atividades e responsabilidades como o estudo, o cuidado e a responsabilização por parentes, a vida conjugal, o trabalho doméstico e na agricultura, bem como a precariedade de vínculos empregatícios e a ausência de autonomia financeira, são queixas disparadoras ou agravantes do sofrimento [...] (BELARMINO et al, 2016, p. 208).

O assistencialismo, então, leva a reprodução da lógica estruturante da exploração e da negligência sistemática de direitos, possibilitando a sustentação do poderio político local, que impacta à saúde mental da população, que não dispõe de uma rede de atenção à saúde mental de modo a capturar as necessidades de saúde presentes no território, dando-lhe a atenção devida.

4.4 Medicalização da vida ou “*chegava lá, tomava injeção e me botava no grau*”

A fragilidade da política pública de saúde, que não consegue desenhar e implementar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em níveis satisfatórios, corrobora para

que os sujeitos experimentem a crise, como grande pico de um mosaico que é a vulnerabilidade. De acordo com o Atlas de Saúde Mental 2017⁶ (MENTAL HEALTH ATLAS, 2017) da Organização Mundial da Saúde (OMS), diversos países tiveram avanços na formulação e no planejamento de políticas de saúde mental, embora enfrentemos ausência de profissionais de saúde treinados para lidar com as necessidades de saúde e falta de investimento em instalações de saúde mental de base comunitária. O que converge com Onocko-Campos (2019), quando salienta que, no Brasil, “[...] é preciso destacar que a expansão de serviços comunitários está praticamente estagnada após 2011 e que se carece de dados após 2015 [...] (p. 01)”, acrescentando:

[...] os serviços comunitários têm mostrado – tal como todos os equipamentos do SUS – uma importante fragilidade institucional e constrangimentos pelo financiamento inadequado. Alguns estudos apontaram burocratização, excesso de tutela e falta de acolhimento a familiares, contudo, outros estudos também mostraram a consistência de suporte de uma rede de serviços em articulada e a redução do número de internações após a vinculação aos serviços comunitários (p. 02).

Dessarte, as contribuições da OMS (2017) e Onocko-Campos (2019) nos auxiliam a compreender que o que dispara a crise é o não acesso aos recursos básicos, ou seja, o sofrimento psíquico é, materialmente, esculpido num contexto de pobreza, de negações de direitos básicos, como o direito à saúde (AYRES, FRANÇA JR, PAIVA, 2018). Por implicar num sofrimento intenso para si e para as famílias, a crise enseja a busca por atenção especializada que consiga reestabelecer o fluxo regular da vida. Aqui surge a figura do hospital; a lógica de ordenamento psiquiátrico e hospitalocêntrico. Importante refletir sobre o espaço ocupado pelo hospital e não por outros dispositivos no caso dos territórios rurais do semiárido. Há uma inegável ausência de dispositivos, ausência que fortalece a lógica hospitalocêntrica e da medicalização, aprisionando os sujeitos numa grande porta giratória de admissões e altas hospitalares.

Assim,

[...] em geral, são territórios de maior vulnerabilidade, caracterizados por um maior envelhecimento da população, baixa escolaridade, elevadas taxas de inatividade, baixos rendimentos, má condição da habitação e baixa disponibilidade de infraestruturas que promovam a adoção de práticas saudáveis (COSTA, LOUREIRO, SANTANA, 2016, p. 81).

Por vezes, há um distanciamento espacial entre usuários e os equipamentos sociais que prestam uma atenção à saúde mental, pois os CAPS, por exemplo, quase sempre estão

6 Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839>. Acessado em 05/07/2020.

localizados nos centros urbanos, o que não facilita a entrada e permanência dos usuários na rede de atenção psicossocial, que tem a função de acompanhar os usuários ao longo do tempo, num trabalho de cunho psicossocial que evita o fluxo de atendimento asilar.

Embora o hospital não seja, segundo a abordagem psicossocial, a primeira porta de atendimento em saúde mental, vejamos o sentido produzido pela informante de Francisco:

Se disser assim “olhe eu preciso levar meu paciente para o ITA”, eu digo assim: vamos, arrume um carro e vamos. Se você não puder, eu vou arrumar e vamos. Porque só sabe quem passa (Francisco).

Até da sombra, eu tinha medo de tudo. Foi um negócio pesado, era para eu ser internado que meus filhos disseram (João).

Olhe, o seguinte é esse: o tratamento do ITA é só para controlar, eles mesmo já me disseram que só é para controlar remédio, quando ele descontrola, mas para dizer assim trata para ele ficar bom, não trata não. Olhe, eles já me disseram “vem para aqui só para controlar quando descontrola mesmo”, ou quanto ele está com muita crise, ou possa ser que o remédio esteja a unidade pouca, para aumentar, que nem aumentaram agora e já botaram mais dois remédios (Francisco).

Todos os sujeitos ouvidos ao longo da pesquisa trazem o sentido do hospital como um dos primeiros contextos de busca por atenção a saúde diante de um contexto de sofrimento psíquico intenso, seja de forma voluntária, seja a partir das escolhas realizadas pelos cuidadores de referência. E faz muito sentido que assim o seja: eles não possuem algum serviço que seja minimamente estruturado e com eles possuam vínculos fortalecidos no sentido de funcionar como um ponto de apoio e que promova ações que sustentem uma atenção psicossocial ao longo do tempo. No lapso temporal em que não há crise, o cuidado é realizado basicamente – quando consideramos recursos institucionais – pelo consumo de fármacos, como nos casos de Luzia, Francisco e Cecília. Esses tratamentos são rompidos quando entram em uma crise, na inexistência de um projeto terapêutico vinculado a alguma instituição ou serviço, resta o hospital como lugar que realizará a dispensação de medicação para suprimir o sofrimento psíquico do sujeito. Também, o sentido construído sobre o hospital é que ele “não trata”, apenas controla a crise e aumenta as doses de medicação. Mesmo na atenção em saúde via UBS a lógica da medicalização está presente. A narrativa revela que o cuidado reduz-se a dispensação de medicação, que encerra a experiência de vida do sujeito, apagando-o.

Fui para o posto, no M..., passou uns medicamentos. Daí eu fui e graças a Deus não tenho problema nenhum mais. Não sinto nada.

Aí o M... veio no outro dia, porque eu não estava bem, não. Ele trouxe um remédio e me deu, daí eu dormi, apaguei. Não lembro mais não (João).

A importância de um trabalho em saúde mental de base territorial reside no fato que “na comunidade existem redes de relações, primárias e secundárias, espontâneas e institucionais. As redes sociais primárias incluem a família, íntima e ampla, e os amigos. Elas oferecem um suporte econômico, psicológico e afetivo” (2010, p. 472). Ou seja, as redes sociais, nos territórios de existência dos sujeitos que experimentam o sofrimento psíquico, funcionam como recursos para promover a saúde na própria comunidade, porém com as condições precárias de vida essa rede é experienciada de forma frágil.

Venturini (2010), no entanto, adverte que:

Às vezes os laços de parentesco e as redes primárias podem causar dependência, mal-estar, criar dificuldades pelo desenvolvimento da pessoa, mas pertencer a uma rede social oferece ajuda e podem contribuir para facilitar a ultrapassagem de acontecimentos difíceis. Em todo o caso, isolar-se dos próprios mundos vitais acompanha-se quase sempre da exclusão (p. 472).

Segundo Venturini (2010), as comunidades possuem diferentes necessidades de saúde: tratamentos, que requerem respostas médicas; assistenciais, que requerem respostas sociais, como moradia e trabalho; e existenciais, que requerem afetividade e sexualidade, por exemplo. Entretanto, o olhar psiquiátrico tradicional que avalia o adoecimento como produto eminentemente individual, e não como consequência da vida social, recorre unicamente à medicalização como possibilidade de tratamento, individualizando o sofrimento, e, por vezes, culpabilizando os sujeitos por suas condições. Essa estratégia tem se mostrado falha. Promover saúde mental, de forma a exercitar o modelo de atenção à saúde mental de base psicossocial é promover reintegração social e incentivar o protagonismo dos usuários, pensando com eles e não para eles (Ibid).

Assim, não basta que as diferentes instituições que compõem a rede de atendimento estejam em pleno funcionamento: é imperativo trabalhar com os usuários, alcançar as comunidades, os territórios nos quais se produz a vida, seja para compreender como as relações sociais são construídas, como se forja o sofrimento psíquico para, a partir desse lugar, construir alguma possibilidade de atenção à saúde mental não para os usuários, mas com eles (VENTURINI, 2010).

No contexto da reforma psiquiátrica, os serviços públicos de saúde, que estão diluídos nos territórios, nas comunidades, precisam assumir a prática terapêutica social, ou seja, assumir uma abordagem psicossocial sobre práticas institucionais, desconstruindo as possíveis redes de instituições totais (NÓBREGA, VIEIRA FILHO, 2004), pois uma instituição que se estrutura de forma englobante (ou total), restringindo as trocas sociais, acaba sendo pouco contributiva à atenção psicossocial.

Embora não passemos de forma integral sobre o conceito de instituição total cunhado por Goffman (1980) é importante referenciá-lo, como bem o fazem Nóbrega e Vieira Filho (2004). Segundo os autores, uma instituição total:

Possui um sistema rigoroso de normas formais explícitas e um corpo de pessoas aderentes que permite um ritual cotidiano pré-estabelecido imposto por uma hierarquia profissional, distante do usuário, no qual as necessidades humanas e de trabalho são essencialmente manipuladas pela burocracia. [...] Exerce duas funções principais dentro do sistema social: a de punição e a de controle social do comportamento desviante do enfermo mental. [...] (NÓBREGA, VIEIRA FILHO, 2004, p. 374).

A instituição total também é uma *instituição difusa*, pois ela difunde socialmente concepções excludentes que reforçam estereótipos relacionados aos usuários, que são estigmatizados como doentes mentais, tudo a partir de suas práticas institucionais. Essa difusão de estigmas, preconceitos e esteriótipos circula entre todas as instituições, estendendo-se por toda a sociedade, alcançando, inclusive as relações sociais e afetivas, dimensões que passam a excluir a pessoa em sofrimento psíquico, também.

Desconstruir uma instituição é, também, um ato político, bem como a difusão que produz sobre os usuários dos serviços públicos de saúde mental, mudanças que podem permitir a “[...] a manifestação de um fluxo dialógico nas práticas intra e interinstitucionais, como também invenções terapêuticas comprometidas com a sua liberdade e inclusão social [...]” (NÓBREGA, VIEIRA FILHO, 2004, p. 375). Daí a importância de trabalhar com os outros, de forma solidária e comunitária, criando alianças e vínculos institucionais. Assim, na rede social é fundamental construir canais de comunicação, seja dentro dos serviços ou fora deles, “possibilitando a realização de ações integradas de caráter intra e interinstitucional, não somente com as instituições sanitárias, mas também com a justiça, igreja, escola, etc.” (NÓBREGA, VIEIRA FILHO, 2004, p. 376).

A relação terapêutica, de modo diverso, deveria reafirmar a participação dialógica, a solidariedade entre sujeitos distintos, mas que interagem com a finalidade de superar um momento de vida no qual um dos polos – os usuários – enfrentam redução das suas capacidades sociais e existenciais, em virtude dos problemas de saúde.

[...] Na origem do sofrimento que acompanha muitas formas de doença e de marginalização não se encontra apenas a dor física, a limitação funcional ou a dependência, mas o que se encontra é principalmente a percepção de não ser mais considerados como pessoas dignas de respeito e de amor (VENTURINI, 2010, p. 140).

A clínica tradicional, que hierarquiza terapeutas e usuários, fundamenta-se numa concepção de prestação, onde os técnicos conhecem as patologias através de suas disciplinas e

protagonizam ativamente a cura. Usuários, por sua vez, conhecem a doença através de suas experiências e são passivos no processo de cuidado em saúde (VENTURINI, 2010). A cura, oriunda da função ativa dos técnicos, constrói uma dualidade inequívoca, pois desloca para um único polo da relação tal responsabilidade, e reduz-se a um determinado tratamento, renegando o cuidado em saúde, recorrendo a processos de estabilização do usuário, internação hospitalar e farmacologia, por exemplo (VENTURINI, 2010). Em virtude de a terapia estar centrada na resolução dos sintomas, assume a adaptação do sujeito ao contexto social, com uma preocupação em equalizar a recuperação com relação aos recursos financeiros utilizados no processo.

Na contramão da cura, o cuidar implica valorizar as relações sociais que circundam o atendimento do usuário, a partir de ações ativas no contexto de suas vidas, como visitas domiciliares e intervenções nos contextos de vida, como trabalho e escola, ou seja, “[...] cuidar de pessoas no território, em vez de em um ambiente institucional” (VENTURINI, 2010, p. 142). Persegue-se, aqui, como resultados, aumento das capacidades de escolha das pessoas e das extensões de suas relações sociais, que podem ser promotoras de saúde e bem-estar social, bem como aprendizagem de novas habilidades no cuidado em saúde e diálogo entre as pessoas, favorecendo a desinstitucionalização, pois desinstitucionalizar requer parceria entre os profissionais de saúde, usuários, famílias e comunidades para um cuidado em saúde que ocorra nos territórios de pertencimento dos usuários, e não em lugares outros que implique a vivência de rompimento de vínculos e afastamento de uma forma de vida baseada numa cultura que confere sentido a nossa vida.

Segundo Cardoso e Galera (2011), com a Reforma Psiquiátrica, o processo de internação psiquiátrica passou a adotar novos critérios, assumindo a postura de ser a última hipótese de atenção à saúde mental e, mesmo quando acontece, busca ser pelo menor período de tempo, o que certamente contribui para a desinstitucionalização, um modo de fazer atenção à saúde mental de base comunitário e menos segregacionista. Assim,

[...] o paciente, sua família e os profissionais dos serviços comunitários passam a ser, cada vez mais, os principais provedores de cuidados em saúde mental. Exigindo articulação entre diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção (CARDOSO, GALERA, 2011, p. 688).

Em virtude de que no país a construção de uma rede de serviços psicossociais de base comunitária ainda ser incipiente, embora esteja em expansão, de modo a estar disponível nos territórios dos usuários, essa incipiência é mote para a ocorrência de reiteradas internações psiquiátricas, fenômeno conhecido como porta giratória, no qual o usuário “[...] alterna entre

episódios agudos com internação e períodos de estabilidade quando fica na comunidade” (CARDOSO, GALERA, 2011, p. 688). Certamente por isso a história de vida de Francisco é marcada por dezenas de internações psiquiátricas, ocorridas após episódios de intenso sofrimento psíquico.

O dinheiro que eu já tirei, o dinheiro dele e o meu, já paguei mercado, paguei tudo, só tem aqui 250 conto. Só é o que eu tenho aqui agora do bujão e eu tô devendo. Aí já paguei tudo no mercado e tudo, tô sem dinheiro.
Já, com essa agora completou dez internamento, no ITA (informante de Francisco).

Embora a diminuição das internações (em virtude dos problemas que ela ocasiona) seja uma consequência da tentativa de implantação do modelo de atenção psicossocial, o horizonte que se busca alcançar é bem mais amplo e não está, portanto, restrito a esse fim. Como salientam Braga, Fernandes e Rocha (2014, p. 227) “a reforma psiquiátrica tem como principal vertente a desinstitucionalização e desconstrução dos manicômios acompanhada por progressiva substituição por outras práticas terapêuticas alternativas à institucionalização”. A lógica de cuidado que fundamenta o modelo de atenção psicossocial abarca questões econômicas, emocionais e o contexto histórico e social que atravessam a experiência de adoecimento psíquico, dimensões que nem sempre são compreendidas pelos serviços públicos de saúde, em virtude das diversas dificuldades que os atravessam e que atingem usuários, suas famílias e profissionais de saúde, por exemplo. Aqui citamos a ausência de recursos financeiros, deficiências na formação profissional, sucateamento dos serviços, assistencialismo etc.

As dificuldades em saúde são um grande tapete sobre os quais profissionais da saúde transitam: baixa remuneração, poucas oportunidades de qualificação, insuficiência de recursos, como transportes e materiais para o trabalho, jogo político entre forças partidárias, cobranças por produtividade, dentre outras. As consequências desse emaranhado de variáveis são amplas e perversas: os serviços que operam com base no modelo psicossocial acabam funcionando com uma alta demanda de usuários, mesmo que disponham de pouco recursos, como equipe de referência e insumos insuficientes, contexto que pode dar margem para práticas assistencialistas, pois é mais fácil e pouco demandante, bem como a total desassistência, por não condições de atender com qualidade quantidades vultuosas de usuários, como acontece com muitos CAPS.

Na transição entre os modelos assistenciais, do asilar/hospitalocêntrico para a atenção psicossocial, o cuidado ampliado em saúde mental encontra-se fragmentado e enfrenta dificuldades para sua implementação, e em alguns casos, a hospitalização ainda aparece como

uma alternativa, não porque seja, necessariamente, a melhor, mas porque pode ser a única, razão pela qual os familiares podem se sentir minimamente seguros trilhando esse caminho.

Única porque:

A trajetória familiar na busca por auxílio para o problema de saúde do portador de sofrimento psíquico demonstra resquícios de um passado de ineficiência diante das políticas públicas em saúde mental. Este se refere ao acesso dos serviços, à informação sobre a promoção da saúde mental, à desmistificação da loucura construída ao longo dos tempos como sinônimo de periculosidade e ameaça à ordem social (AZEVEDO, GAUDÊNCIO, MIRANDA, 2009, p. 488).

Outro atravessamento que pode implicar em hospitalização é que o acesso a outras formas de cuidado pode ser adiado pelo usuário e família, como forma de evitar estigma social e preconceito, que infelizmente tocam suas vidas, bem como suas famílias, busca que pode ser adiada até que ocorra um sofrimento mais agudo que justifique tal itinerário, o que pode fazer com que o hospital, local de estabilização, possa ser buscado de forma direta (AZEVEDO, GAUDÊNCIO, MIRANDA, 2009).

Uma implicação da descrição anterior é a reificação da medicalização como forma de tratamento, constituindo, basicamente, a primeira e grande descrição realizada pelos sujeitos como estratégias para lidarem com suas queixas de saúde. Não estamos com isso desqualificando a medicação como estratégia necessária no cuidado à saúde mental dos sujeitos. Mas, se entendemos que sofrimento psíquico é produto de um contexto de pobreza, cravejado por questões materiais específicas, há que se concluir que a medicação não promove sua alteração. Medicação é uma alternativa para um tratamento. Já a medicalização é a restrição do medicamento como alternativa única para os cuidados em saúde. Há uma lógica de mercado implicada aqui, na qual o sujeito passa a tentar lidar com seu sofrimento apenas com base nos recursos individuais disponíveis no mercado dos fármacos. Nas narrativas a seguir não é difícil perceber que todas buscam saídas individualizantes diante de um cenário negligente quanto ao amparo comunitário e institucional da saúde.

Eu compro, quando não tem eu compro, porque eu não vivo sem.

[...]

Tudo isso é remédio, para dormir, pressão, tudo isso é remédio (Cecília).

-

Eu faço particular. Porque o outro demora. Quando pede para fazer logo com urgência. Eu compro. Tem que comprar. Tem um que é R\$ 130,00 reais só uma caixa.

[...]

Rapaz, eu tive que comprar. Porque com o meu eu pago mercado, energia e plano de caixa, com o meu. E com o dele eu tô pagando o remédio dele e o bujão. Pode ser o tanto que for, mas ele precisa e ele tem o dinheiro né. Quando ele não tinha e era internado, ele comia lá na cantina e nós passava necessidade, porque só era o meu salário da Prefeitura na época, que não era nem 900. Ele comia e nós passava fome, não vou mentir (informante de Francisco).

Cabe destacar que a renda líquida e certa de Cecília, por mês, é de R\$ 170,00 oriundos do PBF. No mês e que ela não consegue os remédios via Farmácia Popular, são necessários R\$ 250,00. É uma conta que simplesmente não fecha e que traz sofrimento para a usuária, pois comprar medicação é abdicar da alimentação e da luz, por exemplo, que inclusive, se encontrava cortada. Em outros termos, uma intervenção deve oferecer o mínimo, mínimo que vai além de medicação, acolhimento, escuta qualificada, alimentação, trabalho e renda, ou seja, direitos sendo usufruídos, elementos que não estão disponíveis no cotidiano dos sujeitos. Aqui irrompe a crise.

É imperativo pensar a atuação na atenção à saúde mental pelo modelo de rede psicossocial, alternativa potente ao tratamento hospitalocêntrico e altamente medicalizante, através da criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde dos sujeitos que enfrentam sofrimento psíquico, além de promover a vinculação dos sujeitos as suas famílias, comunidade e dispositivos informais de cuidado presentes no território, como grupos, coletivos, trabalho e afins. O tratamento hospitalocêntrico, que alcança a alta médica, reintroduz o “paciente” na mesma conjuntura de vida; na medicalização continuada, até que uma nova crise ocorra. O sentido construído em relação ao hospital é que ele é ‘um bom lugar’. E é mesmo, pois retira temporariamente o sujeito do sofrimento intenso. Entretanto, viver no mesmo contexto histórico-social de vulnerabilidade é, sem incorrer em qualquer leitura mística, experimentar novas crises, pois o sofrimento psíquico é social.

É bom, assim que eu chegava era logo atendido (João)

-
Foi, só que tava topado de gente, meu fio! Não tinha cama, mas de noite arrumaram uma maca. Ele tomou o remédio controlado, agora não tinha uma cadeira para a menina que estava com ele (informante de Francisco).

João avalia o atendimento como bom no hospital em virtude da agilidade, o que nos faz pensar que em outros momentos na busca por atenção à saúde mental enfrentou burocracia e baixa qualidade na prestação de serviços, sentido que está claro na fala da informante de Francisco. Durante um atendimento de urgência, ela narra a superlotação do hospital, a insuficiência de recursos, que certamente diminuem a qualidade dos serviços e podem funcionar como uma questão que posterga a busca por cuidado em saúde.

É com Pinel, no século XVIII, que surge a compreensão do sofrimento psíquico como uma construção social. Ele preferiu a denominação de alienação mental para designar aquelas situações que encontrava nos hospitais, e não o termo doença mental, situações que seriam produto do ‘processo civilizatório’, ou seja, resultado das transformações políticas,

econômicas e sociais, pois com a Revolução Francesa, aumentavam os casos de *alienação mental* no meio social.

Segundo Amarante (2010, p. 153):

A inclusão de variáveis morais e intelectuais na determinação dos distúrbios mentais revela um campo complexo, no qual a dificuldade de se determinar os fatores, ou a inter-relação de fatores sociais, culturais, físicos, genéticos, espirituais e ideológicos, inaugura ou consolida um debate que permanece ainda hoje. 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, como é o caso exemplar da denominação de ‘Loucas da Praça de Maio’, dada pelos militares às mães de desaparecidos da ditadura argentina (BOUSQUET, 1983), além de tantas outras formas de estigmatização, violências e constrangimentos [...].

Abordar o sofrimento psíquico meramente através de seus eventuais sintomas faz com que criemos uma realidade paralela que centraliza a doença, a terapêutica, as práticas institucionais enrijecidas e que sufocam a autonomia do sujeito, pois o reduz a um *doente*, e, por decorrência, incapaz. Amarante (2010) nos ajuda a entender que o sofrimento psíquico pode ser experienciado junto com rechaço social, processo no qual os sujeitos identificam-se com determinados diagnósticos, pois assumir essa posição possibilita não serem culpabilizadas por questões que são oriundas do sofrimento psíquico e acabam incomodando os demais. Ou seja, acabam aprisionados num grande guarda-chuva que é o diagnóstico, que fortemente implica uma alta medicalização.

Sobre medicalização, Amarante (2007) ensina sobre a necessidade de olhar para o sujeito; para a experiência, que está além do olhar clínico que enquadra o sintoma; da psicopatologia, superando a busca incessante pela doença e, alcançando, portanto, os sujeitos. Amarante (2007) parece não perder de vista que a clínica é um instrumento de poder, pois a partir do momento que descreve um determinado comportamento tido como patológico, todo e qualquer desvio é por ela capturado, e, seguidamente, domesticados por uma indústria farmacêutica que apresenta, para o livre consumo, doses de felicidade e bem-estar encapsulados. O pressuposto é nos lançarmos na invenção da saúde, e não nos perdermos na produção de novas doenças, ou seja, na medicalização da vida.

A impropriedade em buscar causas orgânicas para problemas que possuem diferentes naturezas traz implicações gravosas para a realidade, como a patologização da pobreza, a naturalização das diferentes formas de violência e a não observância da violação de direitos sociais básicos presentes no território estudado.

A medicalização dos sintomas de ansiedade resultantes da ausência de alimentação, por exemplo, não identifica essa carência como fundamentadora de um sofrer, encapsulando e

tornando ilocalizável, no mundo concreto, os sentidos que são necessários para explicar nossas experiências de vida, culpabilizando-os pelo adoecimento, aumentando a inclinação a consumir mais fármacos no sentido de atingir certo nível de ‘normalidade’, a despeito de não possuírem, financeiramente, condições de arcar com o custo elevado pelo acesso à medicação, o que se traveste em uma nova forma de sofrimento e humilhação social, escamoteando, mesmo que não intencionalmente, as inscrições sociais dos processos de adoecimento (CAMARGO JR, 2013).

Dantas et al (2017), por exemplo, identificam a relação entre prevalência de transtornos mentais comuns (TMC), uso abusivo de álcool às condições socioeconômicas de determinados grupos, o que demonstra uma íntima relação entre características dos territórios (dificuldades de sobrevivência no campo, pouca infraestrutura baixo nível financeiro, desemprego, alto índice de não alfabetizados) e impactos na saúde mental, não de forma determinista, mas como atravessamentos que precisam ser considerados, pois aumentam a vulnerabilidade das populações rurais ao sofrimento psíquico: “condições de vulnerabilidade psicossocial relativas à pobreza se agravam quando se trata das populações rurais” (2017, p. 544). Os autores consideram que “[...] em outras palavras, existem relações profundas entre a experiência subjetiva do mal-estar e os processos históricos e sociais mais amplos, que precisam ser considerados pela epidemiologia psiquiátrica” (Ibidem, p. 545).

Segundo Freitas e Amarante (2017, p. 08), “o termo *medicalização* começou a frequentar a literatura científica desde a segunda metade do século XX”, quando produzir doentes e definir seus papéis na sociedade passaram a ser mecanismos necessários para a manutenção de uma ordem econômica e política sustentada por grandes conglomerados farmacêuticos, garantindo lucro e poder a diferentes agentes: profissionais da saúde, indústria médica, hospitais etc. Nessa lógica, segundo Freitas e Amarante (2017), “[...] para que a indústria farmacêutica tenha êxito na expansão de seus negócios é imprescindível a criação de novos doentes. E para que esses novos doentes sejam criados é imperioso o papel do médico [...]” (p. 23), lógica na qual a medicina teve grande importância, pois foi a responsável por controlar socialmente as pessoas, lugar antes ocupado pela lei e ela religião. Com a medicina, vamos internalizando regras que definem o modo correto de dormir, trabalhar, pensar, por exemplo.

Entretanto, o que as diferentes histórias dos sujeitos nos mostram é que “com a medicalização, há a perda da autonomia [...]” (AMARANTE, FREITAS, 2017, p. 15). A existência humana é permeada por dor. Porém, a medicina tem extinguido o modo que sujeitos e culturas lidam com as experiências de morte, sofrimento e doença, por exemplo.

Segue-se que “[...] a medicalização é operativa, já que nos isenta de assumir responsabilidades pessoais e coletivas [...]” (AMARANTE, FREITAS, 2017, p.18), pois desresponsabiliza os sujeitos sobre suas vidas, transformando questões sociais e políticas em doenças.

4.5. Dispositivos de cuidado em saúde mental ou “*ele é como um pai para mim*”

Com Saraceno (2011) aprendemos que um serviço de saúde mental com qualidade deve dispor de espaços físicos e de recursos humanos que se relacionam de modo que forme redes com a atenção básica de saúde e com a própria comunidade adstrita, sem excluir as relações mais amplas com a rede protetiva local.

A contribuição da Reforma Psiquiátrica, fundamentada a partir da criação de novos dispositivos institucionais de saúde mental, reside na lógica do encaminhamento apenas dos usuários que realmente carecem de uma atenção especializada, por certo tempo, diminuindo a possibilidade de continuidade de uma lógica da medicalização massiva, confinamento e estigmatização do sujeito em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos.

Na contramão da lógica psiquiátrica está a necessidade de os diferentes equipamentos públicos e equipes de saúde desenvolverem habilidades e estarem abertos para a construção de parcerias, com o objetivo de construir uma rede local de cuidado, que se faz a partir da reconstrução da lógica do cuidado em saúde mental, mantendo os pilares da territorialidade, todos ligados espacialmente e comungando de um universo simbólico, cultural comunitário e afetivo, que permite construir um cuidado em saúde mental potencialmente imbrincado com as necessidades da população adstrita ao serviço de saúde local e com outros dispositivos de cuidados não formais presentes pois “[...] a territorialidade mostra-se como uma âncora ou ponto de referência cultural em que se vive em conjunto com os outros por uma determinada duração de tempo [...]” (NÓBREGA, VIEIRA FILHO, 2004, p. 375).

Venturini (2010) colabora com essa análise considerando que, de forma geral, há uma expectativa que os serviços públicos de saúde sejam lugares nos quais as relações entre profissionais e usuários de saúde tenham um caráter terapêutico. No entanto, não é raro constatar-se uma ‘manipulação’, sobrepondo a terapêutica sobre o desejo e autonomia dos sujeitos. Assim, todo o saber clínico acaba afirmando a si mesmo, bem como afirma o poder técnico e terapêutico que subjuga o pensamento do usuário.

[...] O pressuposto é que não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado. Pela alta complexidade dos problemas de saúde, geralmente envolvendo vários campos de saber, pela interdisciplinaridade inerente às questões da saúde, e multiplicidade de atores sociais implicados com a gestão e o cuidado, as redes se tornam uma prerrogativa para seu funcionamento, sendo portanto inerentes ao trabalho voltado ao cuidado em saúde [...] (FRANCO, JORGE, QUINDERÉ, 2014, p. 254).

É importante que a rede local de saúde absorva as necessidades de saúde dos usuários, estruturando-se, por exemplo, de forma a respeitar a ocorrência das especificidades do território, e não forçando os usuários a se encaixar no seu modo de organização, que pode ser extremamente protocolar e burocrático. A constatação de que não há uma rede *per se*, mas que se constrói diariamente, dependente diretamente do trabalho de diversos atores sociais e dispositivos formais e informais. Assim, como as demandas não ocorrem de modo organizado e previsível, a rede precisa ser flexível e orgânica para acompanhar suas modificações ao longo do tempo (FRANCO, JORGE, QUINDERÉ, 2014).

A fragilidade com a qual nos deparamos nos faz inferir que, se dependerem exclusivamente dos dispositivos de cuidado institucionais e formais, haverá um nível ainda maior de vulnerabilidade e de adoecimento, haja vista a grande porosidade com a qual nos deparamos e sobre a qual já pudemos apresentar de modo não exaustivo.

Ou seja,

Na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica é preciso que se apresente o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas que foram adquiridas (e ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória biográfica singular (GERHARDT, 2006, p. 2450).

Com a Portaria 3.088/11, o Ministério da Saúde Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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 (SUS). A RAPS está organizada a partir de 07 componentes: atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura), atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades), atenção de urgência e emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde), atenção hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral, Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas), estratégias de

desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC)), reabilitação psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) e serviços residenciais de caráter transitório (Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial), todos com o objetivo de consolidar o atendimento integral, em diferentes níveis e modalidade de atenção à saúde mental.

Nos pequenos municípios, a atenção à saúde mental acaba sendo realizada, de forma geral, via UBS e NASF, que devem funcionar de forma territorializada. Entre todos os equipamentos e serviços de saúde listados no parágrafo anterior, o município dispõe, em seu território, apenas de UBS, NASF, SAMU regionalizado e hospitais nas cidades polos (Batalha, Arapiraca e Maceió), cobrindo toda sua população.

As UBS, instituições que operacionalizam os princípios e diretrizes do SUS, uma vez que são nestes espaços comunitários que se dão os contatos entre o serviço ofertado e a população, favorecendo a criação de vínculos entre serviço e comunidade que são sustentados ao longo do tempo, são espaços nos quais se constroem novas ações estratégicas de saúde integral. Além disso, possibilitam relações interpessoais entre os profissionais de saúde e a comunidade, que também são terapêuticos, tornando-se um lugar privilegiado de verificação e de contato direto com as principais demandas existentes em um determinado território, não sendo produtivo a existência de ações fragmentadas (CAMARGO-BORGES, CARDOSO, 2005).

Ou seja, é necessário apreender a realidade social da comunidade, observando as repercussões individuais, familiares e sociais que aquela transformação psicossocial está provocando nos diferentes campos de subjetivação. Fazer saúde, é, então, em última instância, desenvolver a comunidade e seus moradores, apoiando-os no desenvolvimento de formas conjuntas, criativas e conscientes que transformem suas vidas positivamente (MONTERO, 2010), fortalecendo o modo de vida identitário deste usuário em conjunto com a sua comunidade. Uma tarefa comum e constante é diminuir a distância entre a população e os equipamentos públicos de saúde, tarefa que se faz tão logo se constrói uma relação entre os diferentes atores pautada na intimidade. Importante destacar que o ACS é um profissional de saúde diretamente citado por três sujeitos, que também citam o profissional de enfermagem, o médico clínico geral e psiquiatra em suas narrativas.

Ele é como um pai para mim. Qualquer coisa ele está aqui.

Porque aqui no posto teve um (um psiquiatra) que eu conversei com ele. O M... me levou (José).

Ainda na quarta-feira o Doutor M...e a A... vieram tudo para aqui. É, não tem do que levar ele. Eu tenho medo de mandar ele de moto. Quando eu pensei que não,

eles vieram e fizeram tudo daí. Olharam a pressão dele. Quando eu preciso o doutor vem, ele vem. Só é mandar dizer que não pode levá-lo que ele vem (informante de Francisco).

Quando José nomeia o ACS como um pai, denota-se a relação de cuidado e afeto construída entre ambos. Um pai é aquele que cuida, que presta atenção e oferece suporte, da forma mais alargada possível, ao longo da vida. José cita que, nos momentos de intenso sofrimento psíquico, o ACS foi quem conseguiu medicação, agendou consultas e afins, desfazendo um cenário de total desassistência em formas reais e potentes de cuidado. A informante de Francisco – sua mãe – também deixa claro a presença do ACS em sua casa, nos momentos nos quais precisa de atenção, profissional a quem ela nomeia como Doutor, citando também a presença da profissional de enfermagem nos cuidados com o filho. As visitas domiciliares são de extrema relevância, haja vista a distância do equipamento público de saúde mais próximo (a UBS), e o difícil acesso à comunidade. Sobretudo nos períodos chuvosos, transitar pelo território, mesmo que de carro, não é tarefa das mais fáceis, em virtude de trechos alagados, lama e afins. Como a família não possui transporte próprio, o principal meio de locomoção é a motocicleta, o que enseja medo na família.

Um equipamento público de saúde é constituído por pessoas, pessoas que se relacionam e constroem histórias. São nesses encontros, vívidos e reais, que o processo de cuidado em saúde mental se faz, como bem referem os usuários. Embora os sentidos produzidos sobre os ACS's demonstrem que a política pública de saúde está presente nos territórios, gostaríamos que os sentidos também fossem produzidos sobre os outros profissionais da ESF e do NASF-AB, por exemplo. A ESF enfrenta uma dificuldade básica: reduzir a rotatividade do profissional de medicina, de modo a cumprir a carga horária semanal de quarenta horas de trabalho, que certamente vê pouco atrativos nos pequenos municípios, que enfrentam dificuldades das mais diversas. No NASF-AB, embora a proposta do NASF-AB seja fundamental na consolidação da ESF no território, contribuindo para a melhoria da saúde nas comunidades adstritas, a pouca mobilidade pelas equipes do município e insuficiente trabalho em conjunto com as ESF's dificultam seu impacto na saúde da população, por isso é muito comum que os Núcleos recaiam numa *práxis* ambulatorial.

Certamente não exageramos quando apontamos a insuficiência dos recursos locais, não necessariamente tomando como parâmetro a quantidade, mas a qualificação dos serviços já existentes, compreensão oriunda dos sentidos produzidos pelos sujeitos, na qualidade e lugar de usuários dos serviços de saúde locais. Também por isso a importância das formas de

cuidado não institucionalizadas e não formais, mas produzidas da germinação dos valores de vida que possuem e da intersecção com sua cultura, crenças e afins.

É imprescindível que o território oferte formas de socialização, convivência e lazer, pois funcionam como importantes dispositivos de cuidado, contribuindo para a construção de sentido de pertença ao território, potencializando os sujeitos para o cuidado em saúde mental.

O meu divertimento é a televisão. Cortaram a energia. Aí pronto: eu fico mais pensativa ainda (Cecília).

Sai nada! Ele saía para a casa dos vizinhos para se distrair. Eu percebo que ele tá normal quando ele vai para a casa dos vizinhos. Conversava, sentava lá... [...] Às vezes, se senta ali e fica gritando, quando tá controlado. Aí o povo já sabe, quando vê ele ali já sabe. Aí quando tava internado, o povo passava e perguntava. Aí eu dizia que tava no ITA.

Tem não (quando perguntada sobre opções de lazer). De primeiro tinha o jogo de bola. Ele gostava de assistir. Agora acabou-se (informante de Francisco).

Os sentidos produzidos pelos sujeitos no processo de atenção a sua saúde mental também incluem práticas de cuidado tradicionais, como o uso de chás medicinais, bem como o cuidado através da religiosidade. Vejamos as seguintes falas:

Erva cidreira, capim santo é bom, e mororó (José).

Chá eu só dou de erva cidreira. Eu dava de camomila, agora ele nem quer ver. Eu dou de cidreira. É o chá que eu dou a ele (informante de Francisco).

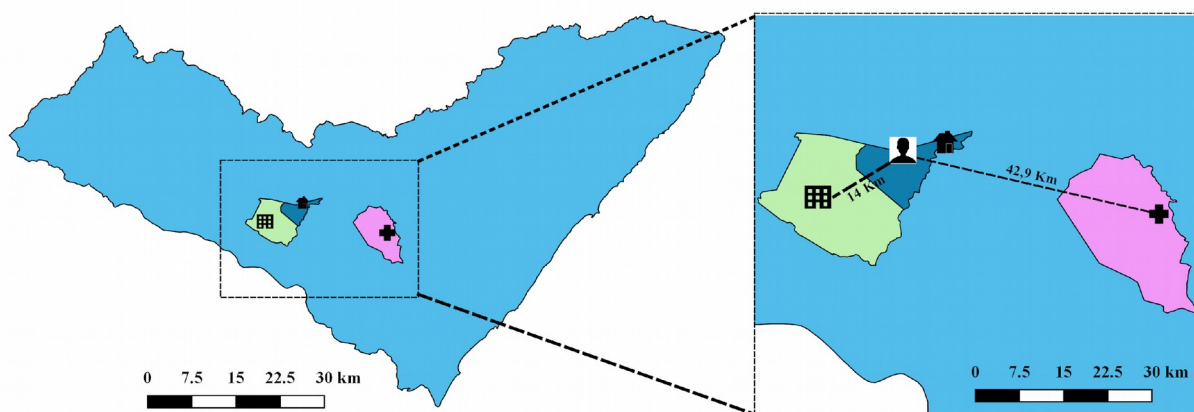
Nesse processo, também apontamos a igreja como espaço de socialização e convivência comunitária, podendo contribuir para a construção de bem-estar social. Luzia e Cecília referem a igreja como lugares de produção de cuidado. Cecília, inclusive, narra os deslocamentos para o estado de Pernambuco, para o Santuário de Santa Luzia, bem como recorre a uma benzedeira que reside em sua comunidade, constituindo verdadeiras buscas por atenção à saúde mental, buscas que estão fortemente entrelaçados pela cultura. Em relação à benzedeira, Cecília acrescenta:

Já, de vez em quando eu vou rezar. Lá na E... Me ajuda! A gente conversa, ela me dá bom conselho. É ela que me dá as coisas. E eu acredito que Deus vai me dar o meu todo mês. O meu trocado, a minha aposentadoria, para não faltar nada para mim.

A seguir, temos os mapas dos itinerários terapêuticos dos quatro sujeitos. Eles nos dão uma visibilidade dos dispositivos (in)formais de saúde, que contribuem para o processo de atenção à saúde mental de cada um deles.

João acessa a Unidade Básica de Saúde do povoado Campo Alegre (“Bacurau”) - Jaramataia/AL, o Hospital Antônio Vieira Filho – Batalha /AL e o Hospital de Emergência do Agreste Dr. Daniel Houly – Arapiraca/AL. Os dispositivos de saúde são acessados em sua própria comunidade, mas também em outros dois municípios circunvizinhos. João é o usuário

com menor tempo de experiência de sofrimento psíquico, o que pode ter relação direta com o menor quantitativo de dispositivos acessados na busca por atenção à sua saúde.





LEGENDA - DISPOSITIVOS (IN) FORMAIS USUÁRIO JOÃO

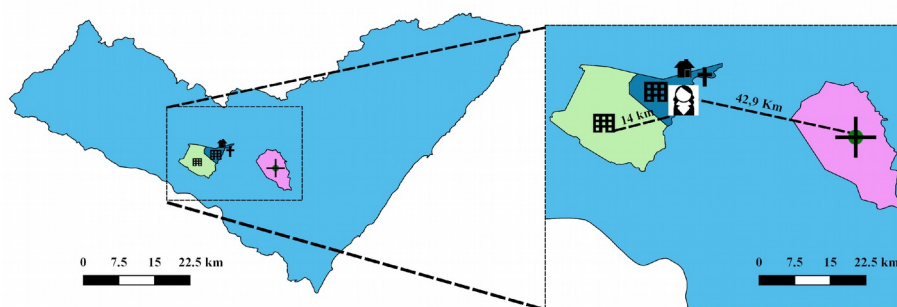
 ALAGOAS

 JARAMATAIA - Unidade Básica de Saúde do povoado Campo Alegre ("Bacurau") 

 BATALHA - Hospital Antônio Vieira Filho 

 ARAPIRACA - Hospital de Emergência do Agreste Dr. Daniel Houly 

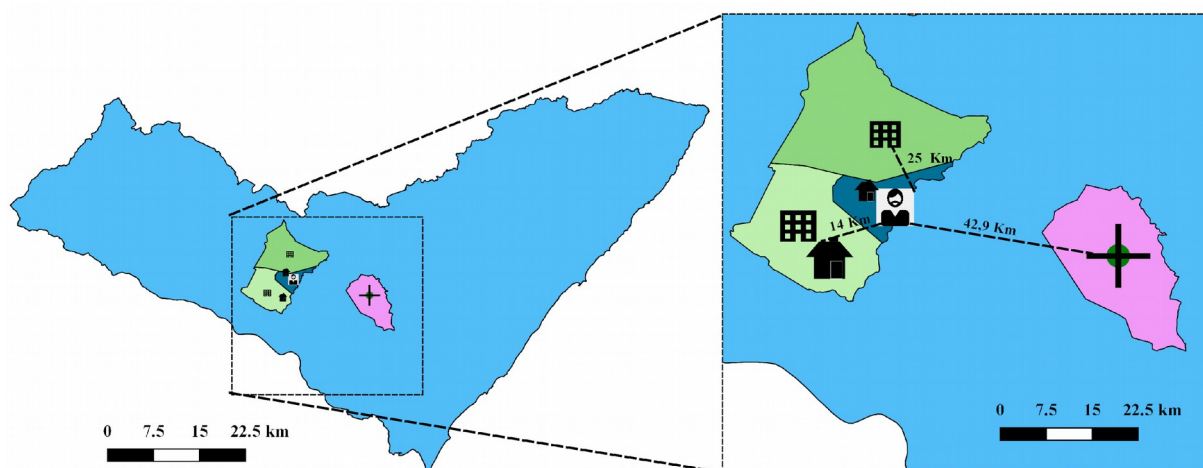
Luzia constrói seus itinerários de atenção à saúde mental a partir dos seguintes dispositivos (in)formais de saúde: Unidade Básica de Saúde Josefa Barbosa César – centro, Jaramataia/AL, instituições particulares de saúde (clínicas, consultórios e afins) – Arapiraca/AL; Hospital Antônio Vieira Filho – Batalha /AL; Unidade Básica de Saúde do Povoado Altão – Jaramataia/AL; Igreja evangélica no Povoado Altão – Jaramataia/AL. Se considerarmos que ela não possui transporte próprio e sobrevive com uma renda de R\$170,00 mensais, consideraremos que se deslocar quase 100 km (ida e volta) em busca de consultas particulares e exames, além de medicação, em outro município – Arapiraca/AL, torna-se uma busca insustentável dentro do seu contexto de vida, embora se apresente como uma “solução” precária e individualizante para as suas necessidades de saúde. Os itinerários terapêuticos construídos por Luzia abarcam instituições formais, como a UBS e Hospitais, mas também dispositivos informais, como a igreja em sua comunidade.



LEGENDA - DISPOSITIVOS (IN) FORMAIS USUÁRIA LUZIA

- ALAGOAS
- JARAMATAIA - Unidade Básica de Saúde (Centro e P. Altão) e Igreja evangélica (Altão)
- BATALHA - Hospital Antônio Vieira Filho
- ARAPIRACA - Instituições particulares de saúde (clínicas, consultórios e afins)

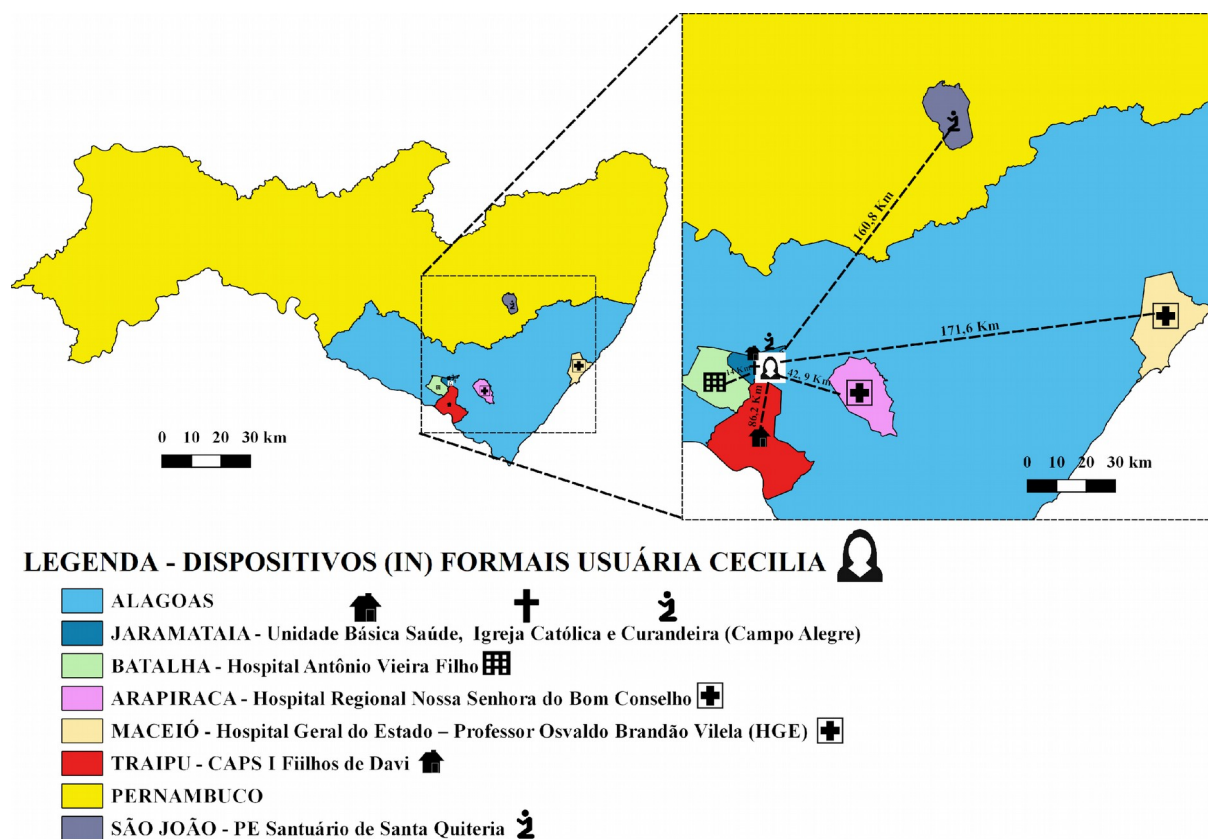
Francisco constrói seus itinerários de saúde a partir da busca pela Unidade Básica de Saúde do Povoado Fazenda Nova – Jaramataia/AL; Unidade Mista Dr. Ezechias da Rocha; Hospital Antônio Vieira Filho – Batalha /AL; Hospital Psiquiátrico Teodora Albuquerque – ITA; Hospital Regional Nossa Senhora do Bom Conselho – Arapiraca/AL; instituições particulares de saúde (clínicas, consultórios e afins) – Arapiraca/AL; CAPS Dr. Luiz Dantas – Batalha/AL; CAPS Nise da Silveira – Arapiraca/AL. Francisco apresenta um histórico de diversas internações psiquiátricas, e seus itinerários também compreendem o acesso ao CAPS, de forma precária, pois são episódios de acesso isolados, dispositivos que estão fixados em outros municípios (Batalha/AL e Arapiraca/AL), ou seja, não estão integrados em sua rede de cuidados de forma continuada.



LEGENDA - DISPOSITIVOS (IN) FORMAIS USUÁRIO FRANCISCO

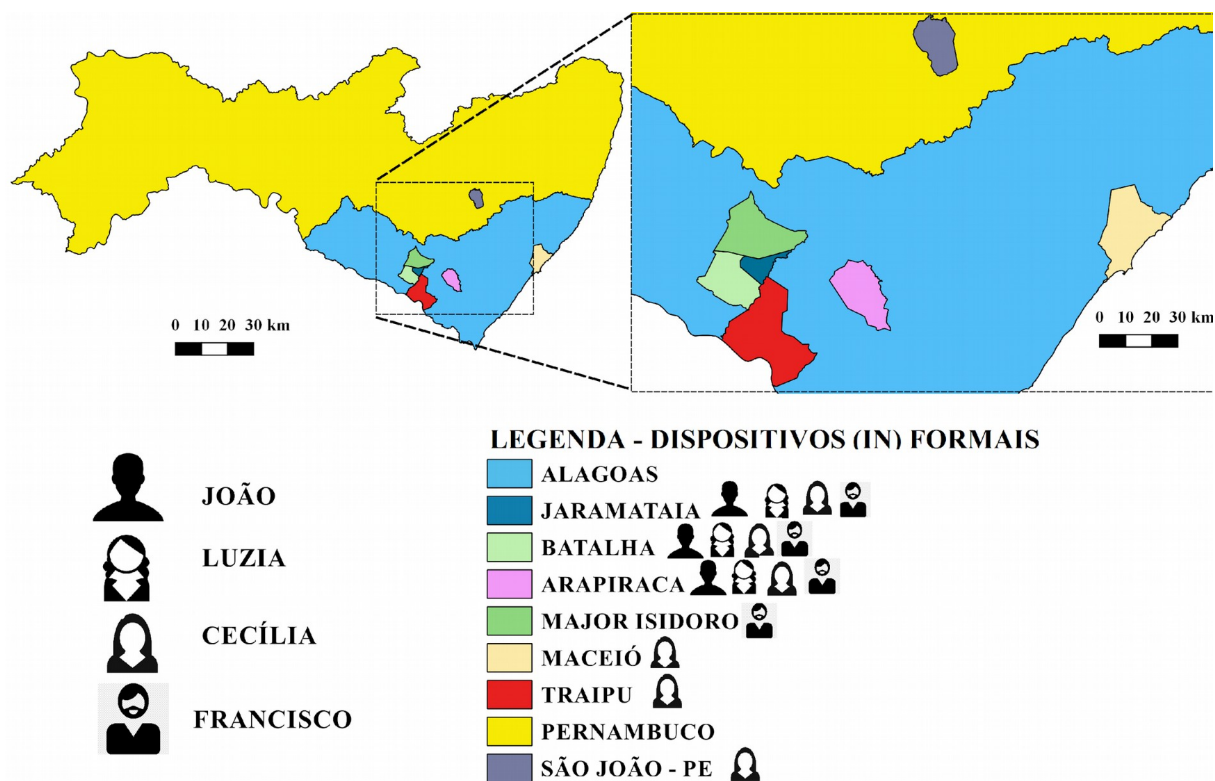
- ALAGOAS
- JARAMATAIA - Unidade Básica de Saúde do povoado Fazenda Nova
- MAJOR ISIDORO - Unidade Mista de Saúde DR Ezechias da Rocha
- BATALHA - Hospital Antônio Vieira Filho e CAPS Dr. Luiz Dantas
- ARAPIRACA - Hospital Psiquiátrico, Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho, Instituições particulares e CAPS

Cecília, por sua vez, constrói seus itinerários através do acesso à Unidade Básica de Saúde do povoado Campo Alegre (“Bacurau”) - Jaramataia/AL; Hospital Antônio Vieira Filho – Batalha /AL; Hospital Geral do Estado – Professor Osvaldo Brandão Vilela (HGE) – Maceió/AL; Hospital Regional Nossa Senhora do Bom Conselho – Arapiraca/AL; CAPS I – Filhos de Davi – Traipu/AL; Igreja Católica do Povoado Campo Alegre (“Bacurau”) - Jaramataia/AL; Curandeira no Povoado Campo Alegre (“Bacurau”) - Jaramataia/AL; Santuário de Santa Quitéria, Povoado de Frexeiras, São João/PE. É a usuária com maior tempo de diagnóstico entre todos os participantes da pesquisa, e também a que possui os itinerários terapêuticos mais ampliados, acessando dispositivos (in)formais de cuidado em saúde inclusive em outro estado, dispositivos que vão desde a Atenção Básica até a alta complexidade no Hospital Geral do Estado.



Abaixo, temos a aglutinação de todos os itinerários terapêuticos dos participantes da pesquisa. A disposição espacial dos itinerários demonstra que a busca por atenção à saúde mental está fortemente desvinculada de seus territórios de existência. Os sentidos construídos por eles parecem demonstrar que, quando maior o tempo de experiência com o sofrimento

psíquico, maior as buscas, em dispositivos (in)formais distintos, por cuidado e atenção à saúde.



As alternativas individualizantes que vão sendo construídas também os colocam em contato com novos fatores de sofrimento, pois utilizar um transporte para se deslocar a outro município para fazer uma consulta médica, exame ou mesmo uma internação psiquiátrica requer, no mínimo, recursos financeiros, o que não parece ser uma saída razoável para famílias que possuem uma média de R\$319,00 *per capita* para suprir todas as necessidades básicas ao longo de um mês.

O fato de os itinerários serem construídos inegavelmente fora de seus territórios de existência sugere que os recursos psicossociais locais são insuficientes para sanar suas necessidades, o que os coloca diante do desafio de construir alternativas individualizantes diante de suas questões, o que não as resolve, pois são questões eminentemente sociais, verdadeiras vulnerabilidades.

5 PARA CONTINUAR DESEMBRENHANDO

Nossa história como profissionais de psicologia, atuando no serviço público de saúde de uma pequena cidade do sertão do Estado de Alagoas, foi responsável por nos inquietar sobre o fazer da psicologia nesse território, processo que nos conduziu a observar a pouca expressividade das ações de saúde mental dentro dos serviços públicos de saúde locais, a distância existente entre os serviços e os usuários, a pouca integralidade do cuidado, além de uma atenção notadamente fundamentada na medicalização massiva, que nos fez perguntar quais são os caminhos percorridos pelos usuários dos serviços públicos de saúde na busca por atenção a saúde mental, como apontado outrora.

Acreditamos termos ampliado a compreensão sobre essa celeuma, pouco privilegiada nas incursões acadêmicas, vez que analisamos os itinerários terapêuticos de portadores de transtornos mentais severos e persistentes nos contextos do sertão alagoano, identificando como se configura a rede de atenção psicossocial na cidade de Jaramataia e os dispositivos não formais de atenção em saúde mental presentes no território, compreendendo o modo como os usuários do serviço público de saúde mental significam as ações de saúde ofertadas a partir da rede de atenção psicossocial, ao tempo em que nos colocamos na posição em que fazemos novas perguntas, tais como: quais especificidades emolduram a busca por atenção à saúde no sertão quando consideramos o recorte de gênero?; há correlação entre o tempo com que os sujeitos experimentam sofrimento psíquico e o alargamento dos itinerários terapêuticos? Pensamos que, a psicologia, aliada a compreensões teóricas oriundas do campo dos direitos humanos, tem a possibilidade de ampliar essas questões, construindo novas possibilidades de se cultivar o cuidado à saúde mental no semiárido alagoano, num segundo momento.

A partir de diferentes aportes bibliográficos apontamos alcançamos a realidade estudada. Aqui destacamos a instrumentalidade do conceito de vulnerabilidade, recuperado de Ayres, França Jr. e Paiva (2018), bem como Bosi e Guerriero (2016), pois com ele pudemos observar aspectos individuais e coletivo que suscetibilizam os sujeitos a um certo adoecimento, além da menor oferta de recursos para a própria proteção, de modo dinâmico, inclusive para um mesmo sujeito ao longo do tempo.

Em igual medida, cite-se a utilidade do conceito de território, como contribui Fernandes (2016), compreendido a partir do vivido, ou melhor, nas tensões do vivido, fortemente preenchido de história, de acontecimentos, de usos e costumes diversos, de jogos de poder e disputas políticas, imprescindível, por exemplo, para abarcar a discussão sobre

assistencialismo na atenção à saúde da população; território compreendido como manifestação de formas de relação entre o sujeito e a natureza, demarcadas no tempo e no espaço e que implicam nas formas de produção de vida, compartilhadas com os outros, e como aponta Santos (2008), nos ajuda a golpear a alienação de pensar os problemas de saúde como individualizantes, além de lançar luz sobre um espaço pouco visibilizado: o semiárido, pouco privilegiado no campo das investigações teóricas, que o repensem como lugar complexo e potente.

Nosso lugar de fala inevitavelmente aponta para a necessidade de se repensar a formação profissional do psicólogo para atuação no sertão, sobretudo com as populações rurais, lugar que questiona a legitimidade de instrumentos, técnicas e um fazer clínico tradicional do qual se reveste a Psicologia e que se apresenta como pronto para serem aplicados por técnicos detentores de um suposto saber e consumidos por usuários de forma compulsória. Tradição que nos parece oposta a diversas necessidades de saúde impostas pelo contexto histórico-social do território sertanejo, atravessado por questões relativas, por exemplo, à relação com a água, alimentação e afins, questão – a formação profissional – que pode ser facilmente ventilada como sugestão/recomendação para novas incursões sobre essa grande seara.

Pudemos perceber que o IT não é um percurso *escolhido* pelo usuário, e por isso foi utilizado no sentido de busca por cuidados terapêuticos, verdadeiros caminhos construídos pelos sujeitos com objetivo de dar resolubilidade aos seus problemas de saúde, como aponta Gerhardt (2006), respeitando suas capacidades, suas histórias de vida e suas experiências individuais. Assim, vimos quais dispositivos (in)formais são acessados ou negados, dentro do cenário de vulnerabilidade no cuidado à saúde mental que o território estudado apresenta, pois os ITs, como demonstra a literatura, dependem de diversas estratégias, que são complexas e ocorrem em função das características sociais e locais.

Apoiar-nos no conceito de IT permitiu-nos a compreensão de como os sujeitos tentam resolver suas demandas de saúde, seja via Atenção Básica ou alta complexidade, visualizando se o acesso se dá ou não, bem como a identificação de formas alternativas e não formais de cuidado presentes na realidade, pois permitem dar vazão ao sofrimento psíquico, como o uso de medicina popular (chás), a busca pela benzedeira, a relação com a religião, pois os ITs são experiências vívidas.

Os sentidos produzidos neste estudo guardam relação com outros achados presentes na literatura, ou seja, são corroborados por autores como Bertagnoni et al (2012), que concluíram que os participantes de sua pesquisa enfrentam uma realidade cujos serviços públicos de

saúde disponíveis são escasso e distantes entre si, inviabilizando o acesso; Pinho e Pereira (2012) que, a partir de um estudo com sujeitos soropositivos, concluíram que eles não separam os cuidados médicos dos religiosos, ou seja, existem formas não institucionais de cuidado, que extrapolam o *locus* de intervenção biomédica; Santos e Silva (2014) que, em um estudo sobre os ITs de duas populações quilombolas do Estado de Goiás, observaram que os ITs mobilizam saberes populares, religiosos e biomédicos; Dourado, Santos e Silva (2015) que, num estudo realizado com homens com sorologia positiva para HIV na cidade de Salvador / Bahia, observaram uma sucessão de eventos que constroem os ITs ora dificultando, ora facilitando a continuidade do tratamento, achados que guardam íntimas relações com os sentidos produzidos pelos sujeitos da nossa pesquisa.

Em tempo, o desenho metodológico utilizado foi suficiente para realizar os procedimentos inerentes à pesquisa de campo qualitativa exploratória, preservando a perspectiva epistemológica de que os saberes são localizados e parciais (HARAWAY, 1995). Assim, construímos uma narrativa, não totalizante e universal, cravejada de opções ideológicas, políticas e epistemológicas necessárias à produção do conhecimento com os sujeitos, pois o seu discurso, que possui saberes, foi levado em consideração, sob pena de se produzir conhecimentos descolados dos contextos histórico-sociais que tanto apontamos ter que valorizar. São sujeitos jovens, com baixo grau de escolaridade, dependentes de transferência de renda, como PBF e BPC, pretos e pardos, com trabalhos precarizados ou sem condições para tal, mas preenchidos pelo desejo de usufruírem de seus direitos sociais básicos, como acesso à água e alimentação, e que por isso precisam ser ouvidos.

Na posição de produtores do conhecimento, lugar que é atravessado por poder, não se pode ser omissos na proteção e atenção a esses sujeitos, no sentido de contribuir para a mitigação do quadro de vulnerabilidade o qual estão expostos, papel exercido, também, pela pesquisa. Apoiar as famílias, desamparadas na assistência a seus membros, muitas vezes sem conhecimento e sem recursos, em territórios com baixa densidade de dispositivos de lazer e bem-estar, tendo todas as formas de cuidados restritas à medicação da vida, como possibilidade de tratamento, individualizando, portanto, o sofrimento, é tarefa árdua. São famílias e sujeitos tocados pelo assistencialismo, que mina a construção de autonomia e cidadania, perpetuando relações de poder através de práticas mandonistas e coronelistas, que negam o atendimento integral das necessidades dos usuários, uma verdadeira exploração e negligência sistemática de direitos, impactando de forma vigorosa a saúde mental da população, que acaba por não dispor de uma rede de atenção psicossocial capaz de capturar as necessidades de saúde presentes no território, dando-lhe a devida atenção. Urge, portanto, a

necessidade de um fazer multiprofissional que esteja, de fato, calcado na lógica dos direitos humanos e da saúde como um direito público inalienável, um fazer que não está distante do olhar de pesquisar sobre, por exemplo, as condições de vida, gênero e saúde mental das mulheres sertanejas; cronificação dos serviços de saúde mental nos territórios rurais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **A invenção do Nordeste e outras artes**. São Paulo: Cortez, 2009.

ALENCAR, Alana Braga; CAMURÇA, Carla Evelline de Souza; CIDADE, Elívia Camurça; XIMENES, Verônica Morais. Implicações psicossociais da seca na vida de moradores de um município da zona rural do nordeste do Brasil. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, vol. 34, n. 01, p. 117-128, 2016.

ALVES, Paulo César B; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César B; SOUZA, Iara Maria A. (Orgs.). **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

AMARANTE, Paulo. Medicalização da vida. In: Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (Org.). **Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia – RJ, 2007.

AMARANTE, Paulo; FREITAS, Fernando. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

ANSEMI, Luciana et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 42, supl. 2, p. 26-33, dez. 2008.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; GAUDÊNCIO, Mércia Maria de Paiva; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Esc. Anna Nery, Rev. Enferm.** 13 (3): 485-491, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 6, n.1, p.63-72, 2001.

BARRETO, Suely Galvão; JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):173-182, 2009.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: _____ (Org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BERTAGNONI, L.; MARQUES, A. L. M.; MURAMOTO, M. T.; MÂNGIA, E. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 153-162, maio/ago. 2012.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina (Orgs.). **A Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2015.

BELARMINO, Victor Hugo et al. Condições de vida no meio rural: iniquidades sociais e saúde mental. In: DIMENSTEIN, Magda (Org.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

_____, Victor Hugo et al. Ordenamento da rede e oferta de cuidados psicossociais no meio rural. In: DIMENSTEIN, Magda (Org.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

_____, Victor Hugo et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. In: DIMENSTEIN, Magda (Org.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

BOGALSKA-MARTIN, Eva. Estatuto epistemológico dos conceitos de itinerário e vulnerabilidade. In: TRAD, Leny Alves Bonfim et al. (Orgs.). **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções**. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2015.

BOREINSTEIN, Miriam Susskind et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 50-8.

BOSI, M. L. M.; GUERRIERO, L. C. Z. Desafios ético-metodológicos nas pesquisas em saúde mental com populações vulneráveis. In: DIMENSTEIN, M; LEITE, J. F.; MACEDO J. P.; DANTAS, C. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

BRAGA, Nayara Gomes; FERNANDES, Nathália de Freitas Costa; ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues. A família no acompanhamento de sujeitos psicóticos: os encargos subjetivos oriundos do sofrimento psíquico. **Aletheia**, 43-44, p.227-238, jan./ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154/2008**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 10/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124/2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 10/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados – 12**. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 08/01/2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8.080/90**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 18/01/2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 10.246/01**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 18/01/2018.

BRIGOLA, Allan Gustavo et al. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; 20(3): 410-422.

CAMARGO-BORGES, Celiane; CARDOSO, Cármen Lúcia. A Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 26-32; mai/ago. 2005.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(5): 844-846, mai, 2013.

CAMPOS, Rosana Onocko; EMERICH, Bruno Ferrari; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, dez. 2014.

CAMPOS, Rosana Onocko ; GAMA, Carlos. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires. **Manual de Práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010.

CAMURÇA, Carla Evelline de Souza; XIMENES, Verônica Morais. Novos cenários da pobreza e da seca na zona rural nordestina: suas implicações na saúde mental. *In: DIMENSTEIN, Magda (Org.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais***. São Paulo: Intermeios, 2016.

CAPRARA, Andrea et al. O adoecer de dengue: a reconstrução do itinerário terapêutico para o reconhecimento do desafio na atenção à saúde. *In: TRAD, Leny Alves Bonfim et al (Orgs.). **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral**: diversidade e interseções*. Rio de Janeiro: CEPESC /ABRASCO, 2015.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. *Rev. Esc. Enferm.*, 2011; 45(3): 687-91.

CARDOSO, Lucilene, Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2012; 46 (2): 513-7.

CARVALHAES, Flávia Fernandes de; SILVA, Rafael Bianchi. Psicologia e políticas públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade*, vol. 28, n. 02, p. 247-256, 2016.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 2012.

CHIZZOTTI, Antonio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, vol. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CODO, Wanderley; LANE, Silvia Lane (Orgs.). **Psicologia Social**: o Homem em Movimento. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 1984.

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na Atenção Primária e Psicossocial. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. esp., p. 232-245, 2012.

DIMENSTEIN, Magda; LEITE Jáder Ferreira; SILVA, Victor Hugo Farias da. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, ano X, nº 19, 2013 pp. 267 – 285.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 159 – 167, jan.mar. 2010.

FRANCO, Túlio Batista; JORGE, Maria Salete Bessa; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [1]: 253-271, 2014.

FREZZA, Rose Mary; SPINK, Mary Jane P. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. *In: SPINK, Mary Jane P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano***: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

GALLO, Edmundo; LUCHESI, Geraldo; MACHADO FILHO, Nilson; RIBEIRO, Patrícia Tavares. Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 4, n. 4, p. 414-419, 1988.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GERHARDT, Tatiana Engel; RIQUINHO, Deise Lisboa. Sobre itinerários terapêuticos em contextos de iniquidade social: desafios e perspectivas contemporâneas. *In: TRAD, Leny Alves Bonfim, et al. (Orgs.). **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral***: diversidade e interseções. Rio de Janeiro: CEPESC /ABRASCO, 2015.

GILL, Rosalind. Análise de Discurso. *In: BAUER, Martin W; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som***: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; FRASER, Márcia Marinho Dantas. Da fala do outro ao texto negociado: discussão sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, vol. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa. Desafios metodológicos. **Paidéia**, vol. 12, n.24, p. 149-161, 2003.

GONÇALVES, M. Problemas de método em psicologia social. *In*: BOCK, Ana Mercês Bahia (org.). **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 193-239.

GONZALEZ-REY, Fernando. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson, 2002.

GROSGOUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Revista Sociedade e Estado**, vol. 31, n. 1, p. 25-49, 2016.

GUZZO, Raquel Souza Lobo; MOREIRA, Ana Paula Gomes; OLIVEIRA, Lucian Borges de. Ampliando o conceito de situação-limite de Martín-Baró: diálogos com o conceito de crise. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, vol. 5, n. 2, p. 96-105, jul./dez. 2014.

GUZZO, Raquel Souza Lobo; MOREIRA, Ana Paula Gomes. Do trauma psicossocial às situações-limite: a compreensão de Ignacio Martín-Baró. **Estudos de Psicologia**, Campinas, vol. 32, n.3, p. 569-577, 2015.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, v. 5, p. 07-41, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 18 jan. 2018.

LIMA, Helena; SPINK, Mary Jane P. Rigor e Visibilidade. *In*: SPINK, Mary Jane P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

LIMA, Nísia Trindade. 1999. **Um Sertão Chamado Brasil: Intelectuais e Representação Geográfica da Identidade Nacional**. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ-UCAM, 1999.

LOUREIRO, Adriana; COSTA, Cláudia; SANTANA, Paula. Determinantes contextuais da saúde mental. *In*: DIMENSTEIN, Magda (Org.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

MARTÍN-BARÓ. **Acción e Ideología: Psicología Social desde Centroamérica**. San Salvador: UCA, 1983

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e Saúde Mental. *In*: MARTÍN-BARÓ, I. **Crítica e Libertação na Psicologia: estudos psicossociais**. Petrópolis: Vozes, 2017.

MARTÍN-BARÓ, I. Para uma psicologia da libertação. *In*: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JUNIOR, F. (Orgs.). **Psicologia Social para América Latina**. Campinas, Alínea, 2009.

MARTINS, José de Souza. **A sociabilidade do Homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala**. São Paulo: Contexto, 2010.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane P. Produção de Sentido no Cotidiano. *In*: SPINK, Mary Jane P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONTERO, Maritza. M. **Hacer para Transformar**: el método em la psicología comunitária. Buenos Aires: Paidós, 2006.

NÓBREGA, Sheva Maia da; VIEIRA FILHO, Nilson Gomes. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, 2004, 9 (2), 373-379.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARAES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, Out. 2016.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, 2019; 35 (11).

PAIM, J.et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. 2011. (Série Brasil). Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 15/01/2018.

PAIVA, Vera; PUPO, Lígia Rivero; SEFFNER, Fernando. Educação em saúde e emancipação: explorando possibilidades da prevenção no quadro dos direitos humanos. *In*: AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria; PAIVA, Vera. **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde. Curitiba, Juruá, 2012.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários Terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidado. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.435-47, abr./jun. 2012.

QUEIROZ, Rachel de. **O quinze**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.

RABELO, Miriam Cristina M. A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. *In*: ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina M.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, 2011.

SANTOS, Boaventura de S. Da ciência moderna ao novo senso comum. *In*: **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, Maria Cecília M. Quem pode falar, onde e como?: uma conversa “não inocente” com Donna Haraway. **Cadernos Pagu**, v. 5, p. 43-72, 1995.

SANTOS, Milton. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: EDUSP, 2008.

SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, Set. 2014.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, vol. 22, n. 2, p. 93 – 101, 2011.

SAWAIA, B. B. Transformação social: um objeto pertinente à Psicologia Social? **Psicologia & Sociedade**, vol. 26, n. esp., 4-17, 2014.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Out. 1997.

SILVA, M. et. al. Condições de vida no meio rural: iniquidades sociais e saúde mental. *In*: DIMENTEIN, M.; LEITE, J. F.; MACEDO, J. P.; DANTAS C. (Orgs.) **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

SILVA, Camilla Veras Pessoa da. Psicologia Latino-Americana: desafios e possibilidades. **Psicologia**: ciência e profissão, vol. 33, n. esp., p. 32-41, 2013.

SILVA, Luis Augusto V. da; SANTOS, Melquisedec; DOURADO, Inês. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 951-973, Set. 2015.

SPINK, Mary Jane P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 115-123.2015.

SPINK, Mary Jane P. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia & Sociedade**, vol. 19, n.1, p. 7-14, jan./abr. 2007.

TEIXEIRA, Mylene Nogueira. TEIXEIRA, Mylene Nogueira. O sertão semiárido. Uma relação de sociedade e natureza numa dinâmica de organização social do espaço. **Soc. Estado.**, Brasília, vol. 31, n. 3, p. 769-797, dez. 2016.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2010; 20(1): 138-151.

VENTURINI, Ernesto. “O caminho dos cantos”: morar e intersetorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22 – n. 3, p. 471-480, Set./Dez. 2010.

WERTHEIMER, Michael. Pesquisa histórica – Por quê? *In*: BROZEK, Josef; MASSIMI, M. (Orgs.). **Historiografia da Psicologia Moderna**. São Paulo: Loyola, 1998.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO PARA A NARRATIVA DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

1. Como você cuida da saúde mental no seu cotidiano?
2. Você já teve alguma crise psicológica ou adoecimento mental? Pode me contar a última vez que isso aconteceu e o que você fez para lidar com esse agravo? A quem recorreu?
3. Quais locais da comunidade você frequentou na busca por cuidados? Houve procura por práticas tradicionais? Se sim, quais e por que buscou essas práticas?
4. Quais informações dispunha para lidar com o momento de crise psicológica ou adoecimento mental?
5. Quais foram as dificuldades encontradas no percurso do cuidado à saúde?
6. Recorreu ao serviço especializado, Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)? Se sim, houve alguma dificuldade no acesso e na disponibilidade dos serviços? Se sim, quais?
7. Os cuidados prestados na UBS e/ou CAPS eram adequados ao seu modo de vida, valores, crenças, no sentido de que você se sentia habilitado a segui-los?
8. Como você avalia a relação estabelecida com os profissionais de saúde?
9. Você vivenciou em sua busca por cuidados frente a doença, algum acontecimento que levantou questões relacionadas a discriminação racial, ou diferença por raça e etnia, crença religiosa, ou o fato de ser homem ou mulher, no tratamento em saúde mental? Se sim, você poderia relatar?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **PSICOLOGIA E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: compreensões à saúde mental no sertão alagoano**, coordenado pelos pesquisadores Dr. Saulo Luders Fernandes, UFAL/ Campus A. C. Simões e Esp. Edson da Silva, UFAL / Campus A. C. Simões. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar os itinerários terapêuticos de portadores de transtornos mentais severos e persistentes nos contextos do sertão alagoano.

2. A importância do estudo deve-se ao objetivo de identificar como se configura a rede de atenção psicossocial nos contextos da cidade de Jaramataia, situada no sertão alagoano, por meio dos itinerários terapêuticos de saúde mental dos moradores diagnosticados com transtornos mentais severos e persistentes

3. A pesquisa busca os seguintes resultados: compreender o modo como os usuários do serviço público de saúde mental significam as ações de saúde ofertadas a partir da rede de atenção psicossocial; identificar os dispositivos não formais de atenção em saúde mental presentes nos contextos rurais do município de Jaramataia.

4. A coleta de dados começará em Maio de 2020 e terminará em Junho de 2020.

5. O estudo será feito da seguinte maneira: realização de entrevista semiestruturada, utilização de um questionário e realização de um grupo focal.

6. A sua participação será nas seguintes etapas: produção de dados por meio de preenchimento de questionário, instrumento de avaliação e uma entrevista individual que será gravada para fins da pesquisa e participação em um grupo focal.

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental podem surgir a partir da produção de ansiedade ao falar sobre o tema pesquisado na entrevista. Para amenizar eventual risco será realizada uma triagem inicial com intuito de averiguar a capacidade dos sujeitos na participação da pesquisa.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa são: compreensão dos itinerários terapêuticos de saúde mental e ressignificação das ações de saúde mental ofertadas a partir da rede de atenção psicossocial.

9. Caso necessite você poderá contar com a seguinte assistência: atendimento na Unidade Básica de Saúde Josefa Barbosa César, em Jaramataia/AL, sendo responsável por ela: Alessandra Pinheiro.

10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa.
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.
- Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Dr. Saulo Luders Fernandes
 Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Campus A. C. Simões
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n
 Bloco: /Nº: /Complemento: Instituto de Psicologia (IP)
 Bairro: /CEP: /Cidade: Tabuleiro dos Martins / 57072 – 970 / Maceió – AL
 Telefones p/contato: (82) 3214-1353 ou 3214-1279

Esp. Edson da Silva
 Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Campus A. C. Simões
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n
 Bloco: /Nº: /Complemento: Instituto de Psicologia (IP)
 Bairro: /CEP: /Cidade: Tabuleiro dos Martins / 57072 – 970 / Maceió – AL
 Telefones p/contato: (82) 3214-1353 ou 3214-1279

Contato de urgência: Sr. Saulo Luders Fernandes
 Endereço: Rua Pedro Carnaúba, 88
 Complemento: Casa
 Cidade/CEP: Palmeira dos Índios / 57606-020
 Telefone: (082) 981046941
 Ponto de referência: Próximo a Casal

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) Térreo, Campus A. C. Simões,
 Cidade
 Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p>_____ Dr. Saulo Luders Fernandes</p> <p>_____ Esp. Edson da Silva Ferreira</p>

QUESTIONÁRIO

Nome:

Idade: Sexo: Feminino Masculino

Endereço:

Data:

Escolaridade: analfabeto ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo ensino Médio incompleto ensino Médio completo ensino Superior incompleto ensino superior completo

Renda familiar: até ½ sal. mín. 1 sal. mín. entre 1 e 2 sal. mín. acima de 2 sal. mín.

Quantidade de membros familiares:

Cuidador de referência:

Beneficiário PBF: Sim Não Beneficiário BPC: Sim Não

Cor/Raça: preta parda indígena amarela branca

Orientação Sexual: heterossexual homossexual bissexual

Estado civil: solteiro casado separado divorciado viúvo

Profissão:

Deficiente: sim não

Residência: própria cedida alugada

Tipo de residência: alvenaria taipa madeira telhas palha outras

Tempo de residência na comunidade:

Acesso à energia: sim não

Acesso à água: rede pública poço cacimba chafariz açude clandestina cedida pipa cisterna

Tratamento do lixo: coleta pública queimado enterrado céu aberto outras

Tratamento do esgoto: ossa séptica céu aberto buraco outras

Distância até o centro da cidade:

Transporte próprio: sim não

Tempo de diagnóstico: Uso de medicação: sim não

Medicina popular: sim não. Se sim, qual?

Comorbidades: sim não. Se sim, qual?

Cobertura PSF: sim não

Cobertura de Farmácia Popular: sim não

Cobertura de Academia da Saúde: sim não

Cobertura de NASF: sim não

Cobertura de ACS: sim não

Cobertura de ACE: sim não

Cobertura de CAPS: sim não

MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS – Luzia

Crise/ Sofriment o Psíquico	Relações Familiares / Vínculos Afetivos	Dispositivos de Cuidado em Saúde Mental	Assistencialismo	Medicalização da Vida
<p>Ai a partir do meu casamento foi que eu fui tendo que eu comecei a ter essas crises.</p> <p>A primeira crise que me deu, eu tava indo para um aniversário, para um aniversário na casa do primo do meu marido, quando eu</p>	<p>Eu acho que meu pai nunca gostou de mim, pra ser sinceramente [...] eu acho que o meu pai e a minha mãe nunca gostaram de mim, porque nas horas que eu mais preciso, se eu chegar lá para eles me servir me, eles não me serve. Teve uma época que eu fui fazer a primeira comunhão, a crisma, não a primeira comunhão. Aí eu tava precisando de um sutiã branco. Essa mim doi na minha memória, porque eu pedi um sutiã branco e ele disse que não tinha dinheiro para comprar.</p>	<p>A gente foi para Jaramataia, a gente arrumou um carro, o pessoal arrumou um</p>		

<p>cheguei na porteira, que eu vi uma multidão de gente, começou a me dar falta de ar.</p> <p>De vez em quando, eu ficava tendo essas crises.</p>		<p>carro e foi para Jaramataia, me levaram, quando chego lá na época era o Janilson que era enfermeiro, aí ele me deu uma injeção e eu voltei para casa, nisso ficou. Não tinha ainda esse processo de psicólogo e psiquiatra, nem de nada daí também ficou aí.</p> <p>Aí quando foi depois aí entrou o doutor Lenildo, Dr. Lenildo passou a medicação para mim, eu fiquei tomando o Amitriptilina depois entrou o Doutor Fabiano aí ele continuou com o Amitriptilina, mas aí ele pediu para mim procurar um psiquiatra, porque era o psiquiatra que poderia passar o medicamento mais adequado. Aí eu procurei o psiquiatra e ele disse que eu pudesse continuar o amitriptilina. Aí passei 12 anos tomando amitriptilina só parei o amitriptilina na</p>		
---	--	---	--	--

<p>Ai quando foi na crise que me deu, já foi a crise mais pesado ainda. Isso acontece em 2012, que foi depois que o meu filho nasceu, aí se juntou não tinha leite para dar meu filho, praticamente não tinha renda mensal para não tinha renda mensal para tá comprando leite [...] aí tudo isso vinha na minha mente, aí ficou, a gente ficou, aí quando a minha crise veio, veio mais forte.</p>	<p>O meu cunhado veio de São Paulo, deixou cinco latas de leite, que foi uma benção de Deus.</p>	<p>gravidez do meu menino.</p> <p>Aí procurei o Fabiano, aí o Fabiano disse, não tem o psiquiatra na cidade, o Doutor Ricardo Feijó, aí fui para ele aí ele e ele me passou um calmante natural. Comecei a tomar e não me se viu, não me se viu esse calmante natural não me serviu, fiquei do mesmo jeito aí voltei para ele de novo, aí ele passou o Amitriptilina pra eu tomar de manhã e à noite e o Diazepam de 10 para eu tomar de manhã e à noite, de</p>		
---	--	--	--	--

<p>Aí cada vez que eu desmaiava, cada vez que dava uma crise, eu desmaiava ia parar em Batalha.</p> <p>Mas eu já tava em crise, eu</p>		<p>diminuir as crises, as crises aumentou.</p> <p>A última vez que eu cheguei em Batalha, a médica disse que se eu não tivesse chegado lá 10 minutos depois, teria me dado uma concussão no cérebro, por conta que aquele medicamento tava sendo muito forte para mim. Se fosse para mim tomar tomasse um só de manhã ou um só à noite, mas ela não era psiquiatra eu procurasse um psiquiatra com urgência. Aí eu fui para o sindicato procurei o Doutor João Pedro que ele atende no sindicato.</p> <p>Quando eu entrei na sala que ele olhou para mim, você tá sentindo o quê? Eu digo, esse teto tá caindo na minha cabeça, ele olhou para mim e disse: é não, senta aí que a gente vai</p>		
--	--	---	--	--

<p>entrei no sindicato em crise.</p> <p>Os primeiros sintomas, Edson, era isso e um formigueiro que me dava tipo uma dormência nas</p>		<p>conversar, o teto não tá saindo da sua cabeça, não tá caindo na sua cabeça, mas a gente vai conversar. Aí ele passou o medicamento, passou a medicação para mim, mim deu duas caixa grátis que é amostra grátis e o restante eu comprei, pediu uma tomografia urgentemente, eu fiz aí acusou que eu tenho uma mancha no cérebro, dessa mancha no cérebro, ele me deu o laudo do psiquiatra para mim me encostarme e nisso eu tô correndo atrás com esse laudo psiquiatra para mim me encostar-me.</p>		
--	--	--	--	--

<p>pernas. A dormência ia me pegar nas pernas e, tipo trancava minha garganta, que eu não, eu não podia falar, se eu fosse chamar o seu nome, eu não conseguiria, eu não conseguiria chamar o seu nome, uma frieza nas minhas mãos que eu tinha que ficar movimentando a minha mão, a minha mão, eu não podia falar e, nisso eu só chorava, chorava, chorava, chorava, chorava e, de repente, a minhas pernas a ficar mole, ali eu já não via mais nada, ali a minha crise, ali eu já desmaiava, não sentia mais nada, ali eu já ficava desmaiada, ai praticamente eu tinha que ser</p>		<p>Bom, pra ir, da vez eu que fui para Batalha, eu fui no carro do meu irmão, a gente botou o combustível, porque pra gente pagar um frete, a gente não tinha condições aí a gente colocou só o combustível no carro.</p> <p>O meu esposo foi comigo, aí a gente foi com ele, mas se for para a gente tá pagando consulta e pagando os medicamentos, a gente não tem condições de estar correndo atrás disso.</p> <p>(ao ser perguntada sobre a existência de um transporte público para</p>	<p>E depois que é para ir para o psiquiatra em Arapiraca, a gente tem um vereador que se a gente precisar dele, não tem hora, ele serve a gente, ai a gente foi com ele para Arapiraca.</p>	
---	--	--	---	--

socorrida.		<p>realizar o socorro)</p> <p>Existia, mas só que se a gente fosse ligar agora, no máximo daqui a uma hora, era que viria chegar [...] aí como eu fico desmaiada e os outros que tão é quem me socorrem, aí não esperam, aí já vai logo procurar logo transporte por aqui.</p> <p>Pra mim o Fabiano ainda hoje é um ótimo médico, pra mim, todos são bons, tudo o que eu preciso hoje se eu tiver precisando de um médico, eu tenho que ir lá e consultar o Fabiano.</p> <p>(Sobre o atendimento em Batalha)</p> <p>Eu posso dizer a você que foi nota 10 também, porque fui graças a Deus na hora que eu cheguei, fui bem atendida, não fiquei na fila de espera, fui logo para a urgência. A médica veio, eu fiquei cá na cadeira esperando, a médica já me colocou logo no soro. A própria médica já me deitou logo na cama e já fiquei</p>		
------------	--	---	--	--

	<p>A minha última crise foi ontem, porque em tava em casa, do nada o meu esposo chegou em casa e eu tava de camisola, isso era base de meio-dia, eu tinha acabado de tomar um banho e ia me deitar, como faço isso todos os dias. Aí, meu esposo olhou para mim e disse: vai pra onde vestindo esta camisola, tá esperando quem? Aí eu falei: eu tô esperando o macho, porque você sabe, que todos os dias eu tomo banho, meio dia e vou me deitar, já terminei de almoçar, já arrumei a cozinha e agora é hora de se deitar. Aí ele ficou com piadinha, ficou com mais e mais e mais e mais.</p>	<p>logo no quarto reservado. Pra mim mesmo, foi maravilhoso.</p> <p>Todos os meus exames são particular.</p> <p>Porque eu fui atrás da minha ressonância ou a tomografia não tinha disponível na Secretaria de Saúde de Jaramataia. Aí eu tive que pagar a minha, foi 640, eu fiz pelo Sindicato e fiz no Ponto Trauma, em Arapiraca.</p> <p>Aí, eu fui lá e falei com o farmacêutico da cidade, da secretaria da cidade, e disse a ele se ele não conseguisse, pelo menos, um ou dois do meu medicamento. Ai, quando eu mostrei a receita a ele, ele disse que pode conseguir esses dois, lhe serve? Aí, eu disse: serve! Aí ele conseguiu para mim o Torval de 500 e o Êxito 200. O êxito é o Citalopram.</p>	<p>O meu vereador me ajudou e me levou-me.</p>	
--	---	--	--	--

	<p>Minhas irmãs me ajuda, que ele liga para minhas irmãs, elas vem, aí fica aqui comigo,</p>	<p>Tomo o rivotril e o rivotril sublingual e tomo outro que é para ansiedade. Tem três que eu pego na Secretaria e os outros 2 eu compro. Tem um que é de 170.</p> <p>Aí me indicaram para mim tomar o chá de camomila, aí eu sempre, antes de dormir, faço uma xícara de chá, aí sempre tomo, sempre gosto de tomar o chá de camomila.</p> <p>Eu tomo chá e eu me sinto tão aliviada. Eu tô, tô aperriada quando eu tomo o chá de Camomila, aí pronto, aquilo vai, vai, já vai mudando. É igual uma</p>		
--	--	---	--	--

	<p>conversam, brigam, dizem que é para eu sair de casa, que não é para ficar dentro de casa, que vida tá praticamente que tá me deixando desse jeito, por que da família não tem ninguém nessa situação, só eu, não tem ninguém que sofre de nervo só eu.</p> <p>Porque quando ele (o marido) está sadio é uma coisa, mas quando ele chega em casa bêbado, ele vem com ignorância, ele quer dar em mim, ele já me prometeu pisa, ele já me prometeu tiro.</p> <p>Teve um dia que ele me</p>	<p>conversa que eu tenho com você, mim deixa aliviadíssima.</p>		
--	---	---	--	--

<p>Aí aquilo me faltou logo a paciência, porque me dá logo um fogo na minha cabeça e eu não sei ficar de língua fechada, porque a minha língua é bastante grande, aí eu me enfezei. [...] Eu já tava deitada na cama pra mim ir dormir, deitada mesmo eu fiquei. Aí nisso, meu menino disse que eu já tive a crise. Foi na</p>	<p>prometeu tiro de 12, aí meu filho tava dentro de casa, aí no outro dia eu não dormi à noite, eu fiquei muito nervosa, quando foi no outro dia no domingo, eu fui cortar a carne, cortei o dedo, de tão nervosa que eu tava, pegou 6 pontos no dedo.</p> <p>Mas para dizer assim, pra bater, ele ainda tentou duas vezes, mas não bateu, mas tentou.</p> <p>Eu faço de um a tudo e nem praticamente a minha sogra e nem o meu próprio esposo me valoriza. Aí eu me sinto. Em vez de ficar animada,</p>	<p>(Seus cuidadores)</p> <p>Tem, tem meu filho. Primeiro, meu filho, depois do meu filho, vem a minhas irmãs, vem essa minha prima, que é a Rosângela ...</p> <p>[...] Mas graças a Deus, tem minha sobrinha, as minhas duas sobrinhas, sempre chega. Graças a Deus, eu tando com crise todas elas chega.</p>		
--	--	---	--	--

<p>hora que meu menino disse que eu me debati e caí da cama. Aí me colocaram na cama, tentaram colocar o Rivotril sublingual, que é o anti crise, mas o meu filho disse que a minha língua tava para fora e os meus dentes tavam travado e, nisso, eles não conseguiram colocar o medicamento.</p>	<p>eu me sinto mais triste e mais revoltada ainda.</p>			
---	--	--	--	--

	<p>Eu creio que dos 9, eu acho que de tudo eu tenho umas 5 pessoas por mim. Que não fique com piadinha, pois a pior coisa é você fazer e depois vir com piadinhas.</p> <p>Meu pai até hoje nunca foi homem para me dar uma caixa de remédio.</p> <p>Meu pai nunca me dá um litro de leite. Meu irmão me dar. Eu tenho três irmãos, os três tem vacaria, mas</p>	<p>Bom, enfermeiro a gente não tem. Aqui a gente só tem o agente</p>		
--	---	--	--	--

	<p>eu só gosto de ir buscar na casa de 2, que é o Ailton e o Marcelo.</p> <p>Minha mãe deu 17 mil em um carro e meu irmão pegou e passou para o nome da mulher dele, e nós não podemos abrir a boca, ela está lúcida é dela. Tem mais de 3 mil reais na conta do meu irmão, nós não podemos falar nada, é dela. E ela está vendo a situação de cada um.</p>	<p>de saúde e o médico. A enfermeira só vem quando o médico vem, que é dia de quinta feira. Mas eu sempre fui bem recebida e se não for eu faço por onde ser.</p> <p>[...] meu primeiro dia com o psicólogo eu estava com muito medo. Medo de desabar tudo, mas aí teve um menino disse que no psicólogo é só conversa, que ele iria me orientar de alguma forma, esse menino já era paciente. Mas eu amei o meu primeiro dia com o psicólogo, porque eu entrei doente e sai sadia.</p> <p>Sim, porque eu estava muito nervosa, muito ansiosa, estava com as mãos geladas e graças a Deus fui maravilhosamente bem recebida. E o meu psicólogo é nota 10.</p> <p>Infelizmente não sei como eu vou passar sem ele.</p>		
--	---	---	--	--

		<p>[...] Mas hoje eu sei que só a medicação não resolve [...] E eu garanto a você que o psicólogo é melhor que a medicação. A medicação você precisa naquela hora e no outro dia de novo, e a conversa fica na sua mente.</p>		
--	--	---	--	--