

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

# Itinerários terapêuticos na saúde mental: experiências de usuários/as de um Centro de Atenção Psicossocial

Tahiana Alves

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3867>

Submetido em: 2022-03-29

Postado em: 2022-04-18 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

## **Itinerários terapêuticos na saúde mental: experiências de usuários/as de um Centro de Atenção Psicossocial**

Tahiana Meneses Alves

Universidade do Minho/Universidade Federal do Rio de Janeiro

<https://orcid.org/0000-0003-1019-8746>

**Resumo:** O objetivo do artigo é analisar os itinerários terapêuticos percorridos por homens e mulheres na busca da melhora de sua saúde mental. Foi realizada uma pesquisa qualitativa que englobou entrevistas de história de vida com usuários/as de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no nordeste brasileiro. A pluralidade dos itinerários é constituída por dispositivos formais (serviços de saúde especializados ou não) e informais (suporte familiar, de amigos, atividades de cunho laboral ou criativo, religiosidade, lazer, estratégias de empoderamento). Reforça-se que o sistema de saúde deve oferecer uma atenção integral, que atente para determinações sociais de gênero, classe e raça na saúde mental e em sintonia com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

**Palavras-chave:** Recuperação da Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Análise de Gênero na Saúde

**Abstract:** The objective of the article is to analyze therapeutic itineraries taken by men and women to improving their mental health. A qualitative research was carried out, using life history interviews with users a Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) in northeastern Brazil. The plurality of itineraries is made up of formal devices (specialized health services or not) and informal (family support, friends, work or creative activities, religiosity, leisure, empowerment strategies). Health system must offer comprehensive care, paying attention to gender, class and race social determinations and in line with the principles of the Brazilian Psychiatric Reform.

**Keywords:** Mental Health Recovery; Community Mental Health Services; Gender Analysis in Health

## **Introdução**

O artigo trata dos itinerários terapêuticos de usuários/as da saúde mental num Centro de Atenção Psicossocial. O cenário mais amplo é o da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), processo surgido no país pela década de 1970, numa conjuntura de redemocratização, e no sentido de romper com práticas, saberes e instituições psiquiátricas clássicas<sup>1</sup>. Atualmente, a Reforma tem enfrentado os desafios de uma ordem econômica neoliberal e as ameaças neconservadoras que, entre outros aspectos, englobam a hegemonia do tradicional modelo asilar/manicomial.

Um marco jurídico-político da RPB foi a promulgação da lei nº 10.216/2001<sup>2</sup>, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos de pessoas com transtornos mentais. Isto inclui serem tratadas sem discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, idade, recursos econômicos, etc. Sob esta lógica, coloca-se a doença entre “parênteses” para compreender as pessoas e suas experiências – inspirado no que praticou Franco Basaglia, psiquiatra italiano e grande influência para a RPB.

A RPB busca a desinstitucionalização. Mais que promover a retirada das pessoas dos manicômios, implica romper com valores/práticas manicomiais nos diversos espaços. O cuidado deve ocorrer em serviços territoriais e comunitários, mas também nas casas, nas escolas, nos locais de trabalho, etc. Pessoas devem ser reconhecidas pelas suas situações concretas de vida, e não apenas pelos seus sintomas/diagnósticos. Isto descortina a complexidade do campo da saúde mental, que, para além da hegemonia em torno das determinações biológicas, engloba também determinações sociais como o gênero na sua articulação com classe e raça.

Dito isto, o objetivo da pesquisa foi analisar os itinerários terapêuticos de homens e mulheres na busca pela melhora de sua saúde mental.

## **Métodos**

Realizou-se uma pesquisa qualitativa. A recolha de dados ocorreu através de entrevistas de história de vida. Estas possibilitaram compreender os significados que os sujeitos dão às suas experiências sem desconsiderar as condicionantes sociais mais vastas<sup>3</sup>. Foram entrevistados dez homens (H) e dez mulheres (M) que, na época (entre fins de 2016 e início de 2017), eram usuários/as de um Centro de Atenção Psicossocial em um município nordestino.

Os critérios de inclusão foram: homens e mulheres a partir dos dezoito anos; com diagnóstico psiquiátrico e em tratamento em saúde mental há, pelo menos, doze meses; que estivessem em condições de participar; participação voluntária.

Todas/os as/os entrevistadas/os pertenciam às classes trabalhadoras. Possuíam renda familiar de até 3 salários mínimos e a maioria possuía baixa escolaridade. Variavam quanto à cor da pele autodeclarada (a maioria, negras/os), à idade (entre 28 e 59 anos), à ocupação (trabalhadoras domésticas, donas de casa, zeladoras, faxineiras, assistentes administrativas, pedreiros, pintores, vigias, caminhoneiros, mecânicos, tatuadores), à religiosidade (católicas/os, evangélicos/as, espíritas, umbandistas, sem religião), ao estatuto conjugal (casados/as, em união estável, separadas/os, namorando, solteiras/os), à composição familiar (sem filhos ou com até sete filhos), à orientação sexual (heterossexuais e homossexuais). As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas a partir dos procedimentos da *ground theory*<sup>4</sup>.

Cada entrevistada/o teve acesso e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado sob o protocolo de nº. 2.311.181 pelo comitê de ética da universidade da região onde foi realizado por estar em conformidade com as exigências do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e Discussão

Usuários/as da saúde mental diferem entre si não apenas pelo diagnóstico psiquiátrico: são homens e mulheres, com distintas situações socioeconômicas, origens étnico-raciais, etc. São sujeitos/as que vivem sob um sistema de exploração-opressão capitalista desigual que fundamenta a formação social brasileira (patriarcal, racista, colonialista e dependente), por isso, diversamente impactados nas suas singularidades. Isto implica, portanto, numa diversidade de experiências no âmbito da saúde mental, inclusive quanto aos itinerários terapêuticos.

Os itinerários terapêuticos constituem um conjunto de planos, estratégias e projetos voltado para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição<sup>5</sup>. Ou um conjunto de processos de busca de tratamento que se inicia com a constatação de uma enfermidade e passa por diversas etapas nas quais podem se atualizar diferentes interpretações para o sofrimento e possibilidades de cura<sup>6</sup>. A partir da relação dialética entre as tendências que regem a formação social que vivemos e as experiências concretas de cada sujeito, é possível observar o peso que determinações sociais como a classe, o gênero e a raça têm sobre a saúde mental, inclusive no que toca à busca pela melhora da saúde. O sistema de saúde deve considerar isto para ofertar uma atenção mais integral e conforme as demandas de seus/suas usuários/as.

### *Modelo tradicional de atenção à saúde mental*

A maioria dos/as entrevistados/as passou por instituições manicomiais. Várias foram as internações e algumas delas involuntárias: *Quando eu chegava no hospital, que eu falava o que 'tava sentindo, eles já sabiam que tinham que me aplicar um diazepam (H1); A primeira vez foi quatro homens p'ra me pegar e não conseguiam de jeito nenhum. Me levaram num carro me enganando, dando coca-cola, dando uma coisa e outra e eu amarrado (H2).*

Estas passagens foram marcadas pela mortificação do “eu”, processo comum em instituições totais como o manicômio<sup>7</sup>. Pessoas podem ser despidas das disposições sociais de seu mundo anterior, passando a sofrer uma série de rebaixamentos e degradações. Vivenciam uma série de mudanças que engendram a sua carreira moral, no caso, a de doente (idem). Simbolicamente, o “eu” da pessoa morre e o que sobra é o rótulo psiquiátrico em detrimento do que ela é ou foi algum dia: *O doutor (nome do médico) nunca foi homem p’ra sentar na mesa e conversar com um paciente. Ele passava o remédio e pronto. Nunca perguntou esse tipo de coisa que você ‘tá me perguntando agora, da minha história. De onde foi que se criou essa doença? Eles não maltratavam, mas também faziam de conta que eu era um bichinho de estimação. Você não banha ele? Não dá a comida dele? Depois que você banha ele e dá a comida dele, dá por esquecido. Não tem hora certa p’ra você dar de comer p’ro seu bichinho? ‘Vou dar de comer pro meu gatinho. Tá na hora, eu pego a vasilhinha e chamo pelo bichinho. ‘Xaneee’ (imita um gato)’. Depois que você dá a comida dele, bota ele de novo no lugar dele (M1).*

A separação entre a pessoa internada e o mundo externo reflete a submissão da primeira à disciplina asilar: aprendizagem de regras, rotinas, testes de obediência, processos de padronização<sup>(7)</sup>. Desaparece e no seu lugar resta a doença. Pode ser animalizada/coisificada, violentada moralmente. Mas a carreira moral de doente não acontece de forma igual para todos/as, pois engloba critérios classistas, racistas e sexistas.

Historicamente, mulheres foram internadas em manicômios sendo reféns de suas origens de classe, raça e sexo. Pesquisas ilustram o peso desses marcadores no Hospital do Juquery, São Paulo, no começo do século XX<sup>8</sup>. Mulheres de “boa família” podiam alcançar melhor tratamento por psiquiatras e outros agentes terapêuticos: não terem os cabelos cortados, não serem submetidas ao trabalho no asilo, ficarem em alojamentos individuais e receberem maior tolerância quanto ao registro de suas informações nos prontuários clínicos. Para as

mulheres pobres (e negras, frequentemente), a situação era outra, ficando evidente a exploração-opressão de gênero, classe e raça presente nas práticas/saberes/instituições psiquiátricas tradicionais.

Outro aspecto que mortifica o “eu” remete às marcas físicas nos corpos. Entrevistados/as queixaram-se da violência quando estiveram internados/as: *Enfermeiras com a mão pesada. Me pegavam à força p’ra injeção. Doía muito. Não tinham paciência. Eu tinha as veias de um jeito, mas as picadas das agulhas deixaram assim (mostra o braço) [...] Não tem aquela liga que é tipo um soro que estica? Muito medo daquilo que é p’ra dar injeção. Vinha na minha narina um cheiro pesado de álcool. Já fui amarrado por causa de nada, só p’ra tomar a injeção (H3).*

Estudos analisaram as marcas nos corpos de sujeitos de pesquisa. Dentes perdidos, movimentos involuntários, movimentos repetitivos, articulações enrijecidas, olhares vazios, aparências pálidas, tremedeiras – alguns efeitos das internações ao longo da vida<sup>9</sup>. Alguns deles foram mencionados por nossos/as entrevistados/as, mesmo os/as que não passaram pelo espaço físico do manicômio, mas que não deixaram de ter suas experiências marcadas por elementos típicos do modelo manicomial. Alguns tremiam, falavam baixinho e/ou muito lentamente. Alguns diziam ficar boa parte do tempo “impregnados/as”, sem “forças”. Outros andavam em marcha lenta. Mulheres queixavam-se do aumento de peso ou da perda da vaidade, aspectos associados com os corpos femininos submetidos a padrões estéticos.

Efeitos no corpo também têm relação com o longo consumo de psicofármacos, símbolo máximo de uma perspectiva biologizante e de um cenário de medicalização social<sup>10</sup>. Ocorrem particularmente para as mulheres, haja vista elas serem tão patologizadas, inclusive as de segmentos de baixa renda, negras, indígenas e de meios rurais<sup>11-12-13-14-15-16</sup>. São elas quem costumam procurar mais os serviços. Geralmente também são mais perceptivas quanto à sintomatologia, buscam ajuda mais cedo e são menos resistentes à prescrição

medicamentosa<sup>(15)</sup>. Destaca-se a força da indústria farmacêutica, que cria propagandas como tecnologias de gênero influenciadoras do consumo feminino de medicamentos<sup>17-15-18</sup>.

A centralidade do consumo de medicamentos nos itinerários terapêuticos demonstra a relação entre o poder médico e as usuárias dos serviços de saúde. Conforme algumas entrevistadas, as consultas médicas (mesmo em dispositivos supostamente mais humanizados), eram curtas e serviam para trocar ou reforçar o uso do medicamento. Focavam nos sintomas e minimizavam outros assuntos: *Eu falava p'ra ele (médico) que eu não 'tava me sentindo bem (com o remédio), mas ele não quis trocar (M1)*. Algumas relataram desconhecer ou conhecer pouco sobre a função do medicamento ou seus efeitos a longo prazo. Apesar de reivindicarem outras alternativas terapêuticas e/ou se queixarem sobre efeitos colaterais, nenhuma entrevistada recusou o protagonismo desse recurso: *Em primeiro lugar, a medicação. Não é exagerando, mas sem a medicação não dá p'ra viver (M2)*.

Outro aspecto presente no modelo tradicional de atenção à saúde mental são as atividades realizadas durante a internação no hospital psiquiátrico: *Internada aprendi umas coisas que eu sei até hoje, bordar, coisa de miçanga, bijuteria (M3)*. Isto não deixa de ter relação com um universo “feminino”. Atividades realizadas com fins de terapia já eram realizadas nos hospitais psiquiátricos no começo do século XX<sup>8</sup>. Mas por trás da laborterapia destinada à cura, havia uma prática higienista. Às mulheres pobres (muitas negras) eram destinados os ofícios do fogão, da agulha e do bordado – compatíveis com a condição da mulher “sadia”, domesticada. Portanto, mais que promover uma melhoria nos estados de saúde, havia uma busca no sentido de “enquadrar” as mulheres, independente do que elas eram ou faziam “extra muros”. Esta análise sobre o passado serve para repensar o presente. Sem desconsiderar o potencial terapêutico dessas atividades, questionamos sobre elas fazerem parte de um processo de reprodução da clássica condição de subalternidade, no caso das mulheres (marcadas por suas origens de classe e raça/etnia). Até porque atividades meramente ocupacionais, de

entretenimento, podem não ser suficientes para promover as trocas sociais previstas na reabilitação psicossocial<sup>19</sup>.

Um entrevistado referiu que preferia realizar artesanato, recortes e bijouteria a atividades físicas como o futebol, algo associado com o “masculino”. Sobre isto, é relevante pensar os processos de reabilitação psicossocial fora dos binômios de gênero, tendo como horizonte mais amplo a constituição de relações sociais mais igualitárias.

### *O Centro de Atenção Psicossocial*

No CAPS, a conversa foi mencionada como um recurso de valioso potencial terapêutico, sendo destacado por mulheres. Não por acaso, pois, considerando a organização social de gênero, é delas que é mais esperado/estimulado socialmente uma maior expressão verbal, inclusive sobre emoções, sentimentos e pensamentos.

Falar e ser ouvida pode produzir acolhimento e gerar vínculos. Isto foi sinalizado pelas mulheres que referiram os momentos privados com profissionais: *Aqui eu nem preciso tomar (medicamento), ‘tou me sentindo bem porque tem alguém p’ra conversar comigo. Não tem briga, não tem conversa p’ra sufocar, só se vê palavra de bem, eles sabem cuidar da gente [...] As doutoras me ajudam, os psicólogos me ajudam [...] Só tem gente escolhido por Deus p’ra cuidar de nós (M1)*. Também observamos a importância da conversa e da escuta em atividades em grupo no CAPS. Nessas atividades, muitos/as compartilhavam suas experiências, ouviam as experiências dos/as outros/as e criavam laços para além do CAPS.

A escuta presente nas conversas engloba a subjetividade, tantas vezes negligenciada em tratamentos de saúde mental. Escutar potencializa a participação das/os usuárias/os nos próprios itinerários terapêuticos, já que verbalizam sobre os mais diversos assuntos: os significados que atribuem ao sofrimento psíquico e seus impactos em várias esferas da vida; seus relacionamentos, desejos, fraquezas e aptidões; suas impressões acerca do tratamento. Isso

tudo deve ser pensado, de uma forma geral, a partir dos atravessamentos da ordem social mais ampla, que engloba as relações assimétricas de classe, raça, gênero. De forma mais específica, precisa ser pensado para favorecer cada projeto terapêutico singular. Uma das ideias essenciais da Reforma Psiquiátrica no Brasil é construir um centro de gravidade com base no paciente e em suas possibilidades terapêuticas<sup>20</sup>.

Grande parte dos/as entrevistados/as, sobretudo as mulheres, expressou afeição pelo CAPS, o que sugere que o serviço é humanizado. Mas isto precisa ser analisado com criticidade. É inconstável a ideia de que um serviço humanizado seja fundamental nos itinerários terapêuticos, mas vale a pergunta: qual a relação entre a humanização do serviço e o desenvolvimento da maior autonomia possível pelas/os suas/seus usuárias/os? Numa ocasião, participou-se de uma atividade em grupo conduzida por uma profissional do CAPS. Foi na volta do funcionamento do serviço após o recesso de fim de ano. Questionou-se como elas/eles se sentiram durante aquela pausa. Muitas/muitos responderam que tinha sentido bastante falta do CAPS, o que não constitui uma surpresa. Entretanto, convém pensar cuidadosamente o que pode estar nas entrelinhas dos relatos.

Algumas mulheres se posicionaram: *A minha vida é o CAPS. Quase todo dia eu preciso vir aqui. É uma das minhas metas de vida. Sem isso aqui, eu não sobrevivo (fala de usuária na atividade em grupo)*. Outros/as usuários/as expressaram: a falta que o CAPS fez durante o recesso; que os dias sem o CAPS foram difíceis; que se sentiram sozinhos/as e/ou tristes; uma mulher relatou ter pensado em suicídio durante o período. É preciso refletir até que ponto o vínculo entre usuário/a e serviço significa uma dependência do/a primeiro/a em relação ao segundo em detrimento de uma melhora real dos estados de saúde. O tratamento humanizado vai além da tutela, englobando o fortalecimento da autonomia e, mais amplamente, a desinstitucionalização.

Outro aspecto no cotidiano do CAPS expressa o trabalho de reprodução social na ordem capitalista<sup>21</sup>. Algumas mulheres precisavam conciliar sua jornada laboral (dentro e fora de casa) com sua presença no CAPS: *Vim umas vezes de manhã (ao CAPS), mas ficava pesado porque é muita coisa p'ra fazer. Passei a vir só pela tarde, que fica melhor p'ra mim. Antes de vir p'ra cá, eu faço tudo em casa [...] Perguntam se eu quero continuar e eu digo: 'Com certeza'. Eu não tenho uma falta. Eu tenho que estar aqui. Mas é saindo daqui e indo trabalhar. A minha vida é corrida (M4).*

Nenhum homem entrevistado relatou dificuldades para comparecer ao CAPS, possivelmente porque não protagonizavam esse tipo de atividade. Já algumas mulheres relataram sua rotina dividida entre o CAPS, os afazeres domésticos, o cuidado com familiares e, nalguns casos, o trabalho remunerado fora do lar. Pela manhã, acordavam cedo para deixar tudo pronto em casa e apenas depois compareciam ao CAPS. Mesmo na situação de sofrimento psíquico severo e persistente, continuavam sendo as principais cuidadoras e/ou provedoras no/do espaço doméstico e somente quando em “crise” eram temporariamente destituídas destes papéis: *Eu não posso adoecer mais porque eu tenho minha filha (M4).*

Por fim, no CAPS, os itinerários terapêuticos abrangem a participação de diversos profissionais. Psicóloga/os, assistentes sociais, enfermeira/os, terapeutas ocupacionais, técnicas/os de enfermagem, entre outras/os, são figuras fundamentais, embora em alguns relatos seja perceptível a centralidade na/o profissional médica/o. A interação “profissional-usuário/a” é perpassada por questões de gênero. Mulheres entrevistadas referiram dificuldade ao interagir com profissionais homens: *Conversando com você, mulher, eu me sinto à vontade. Mas um homem conversando comigo eu já ia ficar com aquele receio, com trauma por tudo que aconteceu comigo (situação de violência). Muitas vezes, eu até quero estranhar ele (profissional) e ele diz p'ra eu ter calma, me orienta. Ele diz: 'Olha, 'tou aqui p'ra lhe ajudar.' Aí, eu me aquieto. Porque eu penso que todos os homens são 'igual (M1).*

Como visto, um dos aspectos valorizados no CAPS é a conversa e a escuta que ela pode proporcionar. Dificuldades nas trocas entre usuária/mulher e profissional/homem podem ter relação com as situações de violências de gênero vivenciadas pelas usuárias. Noutros casos, a falta de “laços de gênero” é sentida pela crença de que certos assuntos não podem ser compartilhados com homens. As razões para tal são diversas: medo, vergonha e até uma suposta falta de empatia por parte deles, que não teriam a sensibilidade necessária para compreender suas demandas.

Por outro lado, há interações consideradas positivas por algumas entrevistadas, mesmo quando não há “laços de gênero”: *Lembro que, quando esse rapaz (profissional) entrou aqui, eu fiquei desconfiada de me entrosar com ele porque ele era homem. Mas, depois, eu vi que eu fico melhor com ele do que com muita doutora (fala de usuária em atividade de grupo)*. Isto ilustra como a interação pode ser potente para os itinerários terapêuticos quando praticada com respeito e alteridade, quando se ultrapassam os estereótipos de gênero.

### *O cuidado pela família*

Um componente informal dos itinerários terapêuticos é o cuidado ofertado pelas famílias. Este quase sempre é realizado por mulheres, algo já registrado em outros estudos<sup>22-23</sup>. As responsabilidades vão desde o contato com o CAPS, a administração de medicamentos, a alimentação, a higiene, outras questões de saúde, as questões burocráticas, as finanças, etc. Isto reforça que o cuidado como parte do trabalho de reprodução social tem sido historicamente atribuído ao feminino.

Frequentemente, estas mulheres são as únicas ou as principais familiares-cuidadoras. A maioria são mães e esposas. Na falta delas, o cuidado fica a cargo de irmãs, filhas, cunhadas e ex-esposas. Alguns homens reconhecem a sobrecarga laboral de suas cuidadoras, que podem ser idosas e/ou ter outras atribuições: *Ela (irmã cuidadora) já ‘tá é pirada também de tanto*

*cuidar da mamãe, do papai, de mim e do meu irmão. Ela tem que ficar toda hora no pé da cama dizendo 'toma teu remédio'. Ela toma conta de todo mundo (H4).*

As mulheres são vistas como aquelas que oferecem não apenas o cuidado mais “prático”, mas também o suporte emocional, considerado imprescindível nos itinerários terapêuticos: *Se eu arrumar uma mulher, quero p'ra ela cuidar de mim, fazer a comida. Eu chego em casa e não tem nem café pronto, comida pronta, p'ra fazer as tarefas, pegar meus cartões e fazer as coisas [...] O que eu mais queria era ter uma mulher, uma pessoa amiga p'ra chegar e conversar, que botasse a mão no meu ombro, que conversasse (H5).* Do relato, compreende-se que a figura da esposa se mistura à da mãe. No caso de homens brasileiros, estudos revelam que a ideia do amor romântico traz uma dicotomia: a mulher que se deseja sexualmente vai se tornando uma espécie de “mãezinha”<sup>24</sup>.

Praticamente não houve referência a homens cuidadores. Isto também foi constatado em estudos. As autoras acrescentam que alguns maridos chegam a abandonar suas esposas quando estas iniciam o tratamento em saúde mental<sup>22-25</sup>. Mesmo quando não foram abandonadas, algumas de nossas entrevistadas alegam que seus companheiros negligenciam, minimizam ou ignoram sua condição, por vezes associada com “preguiça”, “frescura”.

No nosso estudo, a exceção foi uma das mulheres que tinha o marido como seu cuidador principal: *Ele (marido) diz: 'Toma sua medicação, toma um banho, durma um pouquinho p'ra você relaxar'. Quando me acordo, umas três horas da tarde, ele diz: 'Você 'tá melhor?'. 'Tou tonta, com vontade de ficar deitada'. 'Almoce e volte a dormir. Pode ficar aí que o dia é seu, pode dormir' [...] Ele é mais compreensivo, estudioso, inteligente. Quando passa alguma reportagem da saúde, ele 'tá ali atento, aprendendo. Ele dá conselho, conversa comigo, com meus filhos [...] É um casamento carinhoso. Ele me abraça, me cheira, eu posso estar do jeito for [...] Ele nunca perdeu a paciência nas minhas crises. Ele chora porque me vê nessa situação [...] Eu me sinto vitoriosa porque ele me bota como uma criança no colo. Ele me bota p'ra*

*dormir, ele chora perto de mim, me bota deitada, pega o travesseiro [...] Sempre esteve do meu lado, ele me banha, me veste, faz mingau p'ra mim (M5).*

Aqui, o relato da entrevistada sobre o marido remete a práticas e características tradicionalmente “femininas” (conversar, dar conselho, ser carinhoso/atento/preocupado/vigilante/cuidadoso/paciente, chorar). O manejo do corpo remete para um cuidado tipicamente maternal (pôr como criança no colo, pôr para dormir, dar banho, vestir, fazer mingau). O cuidador aparenta não sustentar a clássica postura esperada do homem na relação heterossexual, o que parece contribuir positivamente para o itinerário terapêutico da esposa.

Ainda no âmbito familiar, algumas entrevistadas negociavam com seus familiares sobre suas atribuições “femininas” na situação de “crise”: *Se eu disser assim: ‘Neném, hoje, eu não vou fazer isso, eu não ‘tou disposta’. Ele diz: ‘Pode ir, filha, não se preocupe com as coisas de casa, não’. Se eu fizer comida, a gente come. Se eu não fizer, a gente faz um café e leva a vida e fica assim. Ele percebe quando eu fico em crise (M5).* Este processo pode ser intitulado de “sintomas nervosos como linguagem social”<sup>26</sup>. Eles condensam uma experiência pessoal na vida social, permitindo às mulheres enfermas o acesso a uma situação de “privilégio”. Ao menos temporariamente, são dispensadas de suas “atribuições”. Também podem receber proteção e zelo especial por parte dos familiares, que reconhecem os sintomas e relativizam os seus comportamentos.

Os sintomas como linguagem social podem surgir também por meio da violência (idem): *Ele faz umas vontades p'ra mim. Se eu quero ir p'ra uma praia, ele vai. Se eu quero dinheiro, ele me dá. Já quebrei a cabeça dele, já cortei ele com faca, já enfiei um espeto na perna dele[...] Se eu quero ir p'ra tal lugar, ele deixa. Ou então vai comigo. Se não, eu já me estresso logo [...] Uma vez, eu ia matando ele com uma pá, o colega ‘tava com ele e gritou: ‘(nome do marido), corre aí!’ (M6).* Mulheres podem exercer manipulação com uso da

violência sobre membros da família – geralmente com quem seu relacionamento é mais comprometido<sup>26</sup>. A crise pessoal/social representada pela cena dos nervos é potencialmente coercitiva, subliminar e difere de outras formas de violência. É possível que familiares façam as suas vontades para amenizar a crise e permitir o seu refluxo. Comumente, a crise e as manipulações invertem valores.

#### *Atividades de cunho laboral e criativo*

Para alguns homens, a melhora da saúde envolve alguma atividade próxima do trabalho que exerceram no passado, geralmente antes de a doença “tomar conta de vez”: *Vou ver se eu planto alguma coisa aqui p’ra ver se dá certo’. Plantei duas bichinhas de feijão nos potes [...] Quando eu ‘tou muito triste, eu olho p’ra eles e acho graça sozinho. Tem gente que diz assim: ‘Diabo de pessoa doida, abestada’. Mas eu acho graça sozinho dos feijão. Passo a mão neles, dizendo assim: ‘meus filhos’ (H5).*

O entrevistado acima atribuiu o próprio sofrimento psíquico a diversos episódios relacionados com o trabalho na roça. Tendo nascido e crescido num contexto nordestino, rural, narrou sobre a insegurança e a instabilidade quanto aos períodos de seca, à baixa renda, ao medo de passar fome, ao desemprego e aos problemas físicos de saúde ocasionados pela atividade laboral. Por outro lado, sua condição atual contrasta com a figura do homem trabalhador e produtivo. O afastamento do mundo do trabalho por conta do transtorno mental interfere na identidade masculina, que não deixa de ter como eixo a fusão entre patriarcado e capitalismo. Ser trabalhador, provedor, forte física e emocionalmente – marcas identitárias tão caras à masculinidade hegemônica no contexto da totalidade capitalista – torna-se algo distante para o homem em sofrimento psíquico. Desempenhar atividades que o aproximem de um passado mais “honroso”, apesar de todas as dificuldades, é significado positivamente para a saúde.

Algumas mulheres associaram atividades de cunho laboral e/ou criativo com um universo tradicionalmente atribuído ao feminino: *Tenho que botar o lixo p'ra fora, limpar meu quintal, dar água pr'as plantas.. Ocupar minha mente com alguma coisa [...] Eu já 'tive assim, de só tomar o remédio e dormir... 'Senhor, eu sei que é p'ra minha saúde, mas eu tenho que fazer alguma atividade porque, se eu não fizer, eu vou ficar dependendo só do remédio'. Faço essas coisas de casa porque é isso que ocupa a minha cabeça (M5)*. Afazeres domésticos também indicam certa estabilidade quanto à saúde: se conseguem realizá-los é porque estão minimamente bem. Sobre isto, algumas mulheres perceberam a indisposição para cuidar da casa/dos filhos ou a vontade de apenas dormir como a piora da saúde: *Sem paciência p'ra lavar um banheiro, p'ra varrer uma casa, fazer uma comida [...] Não fazia almoço, comprava espetinho...Fico com vontade de dormir, não tenho paciência p'ra cuidar do meu filhinho (M7)*.

Outras mulheres referem a vontade de estudar, atividade interrompida ao longo da carreira moral de doente: *Eu 'tava querendo me matricular, mas ele (marido) diz que não deixa porque eu sou muito aperreada. Qualquer coisa, eu me zango e ele diz que eu posso arrumar confusão dentro de sala de aula. Mas eu gosto muito de estudar, escrever (M6)*. Apesar das limitações que podem ser impostas pela própria enfermidade, o fato de voltar ou não a estudar depende consideravelmente da autorização de pais e maridos. A falta de estímulo é justificada pela doença. Mas, ainda quando há preocupação genuína de maridos e pais, ficar sem estudar/trabalhar diminui as chances de autonomia das mulheres.

Por fim, outras entrevistadas reconheceram potencial terapêutico em atividades de cunho criativo: *O que me entrete é isso (mostra o crochê). [...] Também faço bico de pano de prato, sempre ando com um crochezinho na bolsa, faço meus paninhos de prato p'ra poder vender (M4); Sempre faço artesanato, mas faço só por esporte porque gosto. Não vendo, boto só de enfeite porque olhar p'ra ele me faz bem (M1)*. Mais uma vez, percebe-se uma tendência

para realizar atividades associadas com o feminino. E, em alguns casos, existe a possibilidade disso se realizar com algum retorno financeiro.

*Trocas sociais: amigos, lazer, religiosidade, estratégias de empoderamento*

Para os/as entrevistados/as, a convivência com amigos, a prática de atividades físicas e os passeios são potencialmente produtores de saúde. Podem ser realizados de maneira mais ou menos autônoma, independente do CAPS: *Com meus amigos, tento manter o vínculo, não ficar me martirizando com a doença (M4). Quando eu não vou p'ra ginástica, eu caminho. Faço com minhas amigas da capelinha (M5). Tenho muitos amigos, graças a Deus. Eles me ajudam. Conversam comigo, dão conselho, sentem quando eu não 'tou bem [...] Não me discriminam [...] Eu gosto de observar coisas, curtir a vida, sair, eu vou na rua, faço compra, eu gosto de tomar um sorvete na praça (M5).*

A entrevistada logo acima associa a liberdade que tem para passear e fazer amizades fora do CAPS com o relacionamento saudável que mantém com o marido. Destaca que ele, além de ser uma pessoa compreensiva, não interfere e até estimula suas vontades. Isto sugere que relações de gênero mais igualitárias (aqui, no relacionamento heterossexual) podem contribuir para a melhora do estado de saúde. Os relatos sugerem também que as vivências de mulheres num ambiente extra doméstico pode representar que estão dedicando mais tempo e disponibilidade para si mesmas.

A religiosidade também surgiu nos itinerários terapêuticos. Para além da fé, favorece trocas sociais porque propicia o contato com outras pessoas em paróquias, igrejas, centros espíritas, terreiros. Nalguns casos, estes espaços constituem a principal via para o estabelecimento de vínculos, já que alguns/algumas dos/as entrevistados/as dificilmente frequentam outros lugares.. Algumas entrevistadas destacam a escuta e o afago presentes nestes

espaços, que contrasta com o tratamento recebido em certos serviços de saúde: *A igreja ajuda. Me dá força, um apoio danado (M4).*

Como algumas mulheres, os homens também expressam os benefícios em expandir suas trocas sociais, mas há particularidades em alguns relatos: *Escutava as músicas de rock; hoje, não escuto mais. [...] É música do mundo. Tinha letra pesada que fazia apologia às drogas [...] O funk, o rap... de drogas, de fazer coisas que não têm a ver com a igreja, que levam um jovem a querer se suicidar [...] E as músicas gospel, que são músicas evangélicas, elas falam de oração, falam de adorar a Deus. A pessoa que procura a Igreja é porque ela quer tirar uma pedra do coração (H3).* A religiosidade é o meio para que alguns homens que se aproximem de um estilo de vida tido como mais “saudável”, pois afasta de hábitos ou características que possam pôr em risco o tipo de pessoa que pretendem ser. Ou o tipo de homem. Para o entrevistado acima, as músicas e o envolvimento com a igreja podem despertar outras sensações, outros hábitos (não usar drogas, pensar em conseguir um trabalho, ou um relacionamento estável com uma mulher, ficar mais “sossegado”) que, não coincidentemente, remete à imagem tradicional de um “homem de bem”. Certos atributos de uma moralidade cristã coincidem com atributos socialmente esperados de um homem: disciplina, capacidade de provimento, honestidade. A motivação religiosa para ser uma pessoa (ou um homem) “de bem” se entrelaça com a busca pela melhora da própria saúde.

Por último, o fortalecimento das trocas sociais pode acontecer através de estratégias de empoderamento. Empoderar-se significa aumentar o poder e a autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, especialmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social<sup>27</sup>. A experiência de uma das entrevistadas revela que seu itinerário engloba a participação em eventos/movimentos sociais: *Este encontro (de saúde mental) que teve aqui, disseram: ‘Você queria dizer alguma coisa?’ [...] Falei, todo mundo ficou olhando, os estudantes levantaram e*

*bateram palma p'ra mim e tinha muita gente. Eu nem fiquei com vergonha, fiquei foi orgulhosa porque eu não sabia muito ler e, na hora, eu conversei bastante (M5).* Ser aplaudida, inclusive por pessoas que não possuem o rótulo psiquiátrico, legitima sua fala e impacta positivamente a sua autoestima. Sente-se valorizada e respeitada. Também narrou situações cotidianas dentro de serviços de saúde nas quais o seu conhecimento sobre seus direitos e a rede de atenção do município foram fundamentais para questionar a hierarquia imposta entre profissionais e usuários/as de modo a obter um acolhimento compatível com suas necessidades. Ela desafia a lógica que cristaliza pessoas com transtornos mentais como passivas e/ou tuteladas. Argumenta, contesta, resiste, defende os próprios direitos. Fortalece-se enquanto cidadã e mulher. A entrevistada afirmou que ser assim, “ativa”, faz com que ela se sinta melhor quanto à própria saúde.

## **Conclusão**

Os itinerários terapêuticos percorridos pelos/as homens e mulheres do estudo são diversos. E cada um deles se modifica, incorpora alguns recursos e exclui outros ao longo do processo. Não ocorrem sem conflitos, sem contradições. Por vezes, reforçam a carreira moral de doente. Mas também podem revelar descobertas, novas possibilidades.

Trazer à tona esta pluralidade é útil para reforçar que são imprescindíveis outros recursos para além dos tradicionais. Não queremos dizer que terapias medicamentosas, por exemplo, não são válidas ou necessariamente prejudiciais. Mas convém questionar a sua primazia em tantos contextos – inclusive em dispositivos oficiais da reforma psiquiátrica. É preciso mobilizar e estimular outras formas de cuidado e autocuidado.

Reafirmamos a contribuição basagliana, que é a de pôr a doença entre parênteses para absorver os sujeitos e suas experiências. Cada experiência se desenrola num contexto social mais amplo, estruturado por relações desiguais de gênero, classe, raça. Cada pessoa é um

universo muito além da sua condição diagnóstica. Atentar para esta pluralidade pode oferecer pistas no sentido de refinar as estratégias de reabilitação psicossocial, mais compatíveis com as necessidades particulares, por parte de políticas, gestores, trabalhadores e em parceria com a comunidade, a família e os/as usuários/as dos serviços de saúde.

## Referências

1. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
2. Brasil. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Ministério da Saúde* 2001; 6 abr.
3. Brandão AM. *E se tu fosses rapaz? homo-erotismo feminino e construção social da identidade*. Porto: Afrontamento; 2010.
4. Charmaz K. *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications; 2006.
5. Alves PC, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
6. Argenta M. Itinerários terapêuticos e modelos de sofrimento entre voluntárias da Pastoral da Saúde do Bairro Saco Grande II – Florianópolis/SC. In: Maluf S, Tornquist C, organizadoras. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.
7. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.
8. Cunha MC. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Rev Bras Hist* 1989; 18:121-144.
9. Andrade A. *Sujeitos e(m) movimento: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. 2012. [doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
10. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
11. Carvalho L, Dimenstein M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolítico entre mulheres. *Estud. psicol (Campinas)* 2004; 1: 121 – 129.
12. Costa M, Dimenstein M, Leite J. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Rev. Colomb. Psicol.* 2015; 4:13-28.

13. Lima F. Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. In: Pereira, Passos RG, organizadoras. *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Autografia; 2017.
14. Maluf S. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: Maluf S, Tornquist C, organizadoras. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.
15. Oliveira E. *Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita*. Sobral: Edições UVA; 2000.
16. Vieira E. A medicalização do corpo feminino. In: Giffin K, Costa S, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
17. Azize R. Notas de um ‘não-prescritor’: uma etnografia entre estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria. In: Maluf S, Tornquist C, organizadoras. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.
18. Zanello V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello V, Andrade AP, organizadoras. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris; 2014.
19. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Basaglia/Te Cora; 2001.
20. Delgado P. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciênc. Saúde. Colet.* 2011; 12: 4701-4706.
21. Arruzza C, Bhattacharya T, Fraser N. *Feminismo para os 99%: um manifesto*. São Paulo: Boitempo; 2019.
22. Rosa LC. Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: Vasconcelos E, Eiras A, Machado G, Rosa LC, organizadores. *Abordagens psicossociais, volume III: perspectivas para o Serviço Social*. São Paulo: Hucitec; 2009.
23. Santos A. *Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS - Araraquara SP [dissertação]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
24. Grossi M. *Masculinidades: uma revisão teórica*. Antropologia em primeira mão Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. —, n.1 (1995). - Florianópolis : UFSC [internet]; 2004 (1): 4-37.
25. Nakamura I. *Mulheres diagnosticadas com transtorno mental, atendidas pelo serviço de saúde mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Belém- Pará (2007 – 2008)*:

um estudo sobre violação de direitos das mulheres [dissertação]. Belém (PA): Universidade Federal do Pará; 2010.

26. Silveira M. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

27. Vasconcelos E. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/EncantArte; 2005.

#### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

TM Alves – metodologia, coleta e análise de dados, concepção e escrita do manuscrito.

#### DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesse com o presente artigo.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.