

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Taynara Maria Batista

A máscara, a cor da tarja e a saúde mental: o consumo de psicotrópicos relacionado à pandemia da Covid-19 por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde

Juiz de Fora
2025

Taynara Maria Batista

A máscara, a cor da tarja e a saúde mental: o consumo de psicotrópicos relacionado à pandemia da Covid-19 por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na Universidade Federal de Juiz de Fora e apresentado como pré-requisito para título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Santana de Paiva

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Batista, Taynara Maria.

A máscara, a cor da tarja e a saúde mental: o consumo de psicotrópicos relacionado à pandemia da Covid-19 por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde / Taynara Maria Batista. -- 2025.

147 p. : il.

Orientador: Fernando Santana de Paiva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Covid-19. 2. Gênero. 3. Saúde Mental. 4. Psicotrópico . I. Santana de Paiva, Fernando, orient. II. Título.

Taynara Maria Batista

A Máscara, a cor da Tarja e a Saúde Mental: O consumo de psicotrópicos relacionado à pandemia da Covid-19 por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde

Dissertação
apresentada
ao Programa de Pós-
graduação em
Psicologia
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de mestre em
Psicologia. Área de
concentração:
Psicologia.

Aprovada em 27 de junho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a) Dr(a) Fernando Santana de Paiva - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a) Dr(a) Leandro David Wenceslau

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a) Dr(a) Cássia Beatriz Batista e Silva

Universidade Federal de São João del-Rei

Juiz de Fora, 18/06/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Santana de Paiva, Professor(a)**,



em 27/06/2025, às 16:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cassia Beatriz Batista, Usuário Externo**, em 17/07/2025, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leandro David Wenceslau, Professor(a)**, em 23/07/2025, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2460905** e o código CRC **0CEB09BC**.

Para Nivalda de Paula, Luzia de Paula e Rita
Romão. Vocês me guiam.

AGRADECIMENTOS

No caminho até aqui, não estive só.

Inicialmente agradeço à minha família, por ser lugar de aconchego e suporte. À minha mãe Tania Palma, pelo afeto abundante e por ter me ensinado, dentre tantas coisas, a acreditar. Acreditar em mim, nas pessoas; acreditar que é possível. Você me conquista todos os dias, mãe. Seu afeto é também amparo!

Aos meus irmãos, Tamires Batista e Tiago Batista, agradeço pela intensidade da força, que, mesmo oriunda de lugares distintos, somam-se e me abastecem. Tamires, obrigada por fortalecer a menina que fui e a mulher que sou hoje. Seu colo, carinho e cuidado me nutrem profundamente. Tiago, obrigada por me provocar gargalhadas intensas e por torcer por mim de forma tão presente. Você me recorda que, em meio a adversidade, também é possível sorrir.

À minha sobrinha Rafaela Palma, agradeço por me instigar ao novo e a ser uma pessoa melhor todos os dias! Participar do seu crescimento é estar em constante reflexão de quem sou e quem desejo ser, é sentir a abundância do afeto e ser preenchida por ele. É olhar o mesmo mundo por lentes e perspectivas diferentes, é reconhecer e valorizar a beleza que emana do cotidiano.

À minha querida Vanessa Teixeira, agradeço por me acolher em seu coração e pela certeza depositada a mim e ao que me proponho a fazer. Obrigada por abastecer meus sonhos e por nutrir esse laço de irmandade que advém do verdadeiro afeto. Ao meu bem, Matheus Castro, agradeço por todo apoio, carinho e cuidado. Ter você ao meu lado torna todo processo ainda melhor. Obrigada por viver comigo meus sonhos de forma tão bonita e por me contagiar com sua presença. Em cada etapa você foi um lugar de descanso e retorno.

Agradeço às minhas amigas, espaço de afetos tão significativos e trocas potentes que alimentam as muitas camadas do meu eu. Todas vocês são fundamentais para a pessoa que sou e que me torno cotidianamente! Em especial, agradeço à minha amiga Fernanda Azevedo, por conhecer as minhas tantas fases e acompanhar cada mudança e etapa da minha vida de um lugar muito gentil e bonito. Obrigada por me recordar da menina que fui, por acreditar nos desejos dela e por me acompanhar nessa trajetória. À minha amiga Jéssica Avelar, agradeço pelos encontros divertidos e potentes que me fortalecem e acolhem, me instigam a reflexão com cuidado e gentileza. Você é uma inspiração!

E às minhas amadas amigas Roberta Moreira, Utsia Smits e Giulia Bürger, agradeço as tantas partilhas, escutas e momentos de trocas, fundamentais para a minha construção pessoal e profissional. Roberta, obrigada por me surpreender com uma amizade tão cuidadosa e

profunda. Utsia, sua afetividade e carinho me abraçam. Giulia, sua coragem e confiança me convidam à reflexão constante e abertura às possibilidades. Vocês me acompanharam nesse caminho, foram e são lugar de força, confiança, descanso e acalento. A magia de cada uma de vocês me toca!

A minha sincera gratidão às/aos professoras/es educadoras/es que são parte fundamental de toda minha caminhada até aqui. A educação tem o poder de transformar vidas e nos levar a trilhar novos caminhos. Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, o meu muito obrigada por todos os ensinamentos, reflexões e tensionamentos que me fortaleceram nessa trajetória. Aos colegas que fiz durante o período de mestrado, a minha gratidão pelas vivências! As conversas durante os intervalos das aulas, as partilhas no Restaurante Universitário, os trabalhos feitos e o cuidado foram fundamentais para que o chegar até aqui fosse mais leve e divertido.

Ao meu orientador, Professor Dr. Fernando Santana de Paiva, agradeço pela confiança a mim depositada e por decidir partilhar comigo a vivência do Mestrado, em sua intensidade e potência. Ao grupo de sua coordenação, o NUPSID – Núcleo de Pesquisa em Sujeitos, Política e Direitos Humanos –, agradeço pelas partilhas proporcionadas e aprendizados compartilhados, com destaque para as/o graduandas/o e bolsistas que compõem o grupo (Bruno, Helena, Hellen, Júlia e Yanca), que me auxiliaram de forma muito significativa nesse trabalho. Vocês já são profissionais incríveis!

Agradeço a CAPES e a UFJF pelas bolsas de incentivo e fomento à pesquisa, necessárias para a minha manutenção na pós-graduação. Sem esse recurso, seria ainda mais difícil construir uma pesquisa em Ciências Humanas de acordo com a profundidade e a entrega necessárias. Que as/os estudantes comprometidas/os com um fazer ciência no país tenham o devido reconhecimento do que envolve a produção acadêmica-científica, por uma valorização e maior financiamento das políticas públicas educacionais e por um não sucateamento das universidades públicas. A educação de qualidade é um direito de todas/os!

Por último (e não menos importante), registro aqui os meus sinceros agradecimentos à minha pessoa, Taynara Batista. Sou grata por acreditar em mim mesma, na beleza e na potência dos meus sonhos. Sabendo do tamanho dos próprios desejos e de forma muito consciente, me dispus a buscá-los, ciente das dores e delícias envoltas no processo. Apresentar este trabalho é para mim uma enorme realização pessoal, profissional e um passo a mais na jornada que decidi trilhar e para qual fui capturada. Obrigada por saber que é possível, ainda há muito por vir!

16 DE JULHO Levantei. Obedeci a Vera Eunice. Fui buscar água.

Fiz o café. Avisei as crianças que não tinha pão. Que tomassem café simples e comesse carne com farinha. Eu estava indisposta, resolvi benzer-me. Abri a boca duas vezes, certifiquei-me que estava com mau olhado. A indisposição desapareceu sai e fui ao seu Manoel levar umas latas para vender. Tudo quanto eu encontro no lixo eu cato para vender. Deu 13 cruzeiros. Fiquei pensando que precisava comprar pão, sabão e leite para a Vera Eunice. E os 13 cruzeiros não dava! Cheguei em casa, aliás no meu barracão, nervosa e exausta. Pensei na vida atribulada que eu levo. Cato papel, lavo roupa para dois jovens, permaneço na rua o dia todo. E estou sempre em falta. A Vera não tem sapatos. E ela não gosta de andar descalça. Faz uns dois anos, que eu pretendo comprar uma maquina de moer carne. E uma maquina de costura.

Cheguei em casa, fiz o almoço para os dois meninos. Arroz, feijão e carne. E vou sair para catar papel. Deixei as crianças. Recomendei-lhes para brincar no quintal e não sair na rua, porque os péssimos vizinhos que eu tenho não dão socego aos meus filhos. Saí indisposta, com vontade de deitar. Mas, o pobre não repousa. Não tem o privilegio de gosar descanso. Eu estava nervosa interiormente, ia maldizendo a sorte (...) Catei dois sacos de papel. Depois retornei, catei uns ferros, uma latas, e lenha. Vinha pensando. Quando eu chegar na favela vou encontrar novidades. Talvez a D. Rosa ou a indolente Maria dos Anjos brigaram com meus filhos. Encontrei a Vera Eunice dormindo e os meninos brincando na rua. Pensei: são duas horas. Creio que vou passar o dia sem novidade! O João José veio avisar-me que a perua que dava dinheiro estava chamando para dar mantimentos. Peguei a sacola e fui. Era o dono do Centro Espirita da rua Vergueiro 103. Ganhei dois quilos de arroz, idem de feijão e dois quilos de macarrão. Fiquei contente. A perua foi-se embora. O nervoso interior que eu sentia ausentou-se. Aproveitei a minha calma interior para eu ler. Peguei uma revista e sentei no capim, recebendo os raios solar para aquecer-me. Li um conto. Quando iniciei outro surgiu os filhos pedindo pão. Escrevi um bilhete e dei ao meu filho João José para ir ao Arnaldo comprar um sabão, dois melhoraes e o resto pão. Puis água no fogão para fazer café. O João retornou-se. Disse que havia perdido os melhoraes. Voltei com ele para procurar. Não encontramos.

Quando eu vinha chegando no portão encontrei uma multidão. Crianças e mulheres, que vinha reclamar que o José Carlos havia apedrejado suas casas. Para eu repreendê-lo.

Quarto de despejo: diário de uma favelada (Carolina Maria de Jesus, 2014).

RESUMO

A pandemia da Covid-19 foi uma crise sanitária histórica e sem precedentes. Compreender seu impacto na saúde mental das mulheres e sua possível relação com o consumo de medicamentos psiquiátricos por esse público é necessário, haja vista que um movimento crescente de uso de fármacos para manejar o sofrimento mental foi expresso durante a fase aguda da crise (2020-2022). Isso implica demarcar o lugar da Atenção Primária à Saúde (APS) tanto como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) como equipamento fundamental durante a crise pandêmica e de primeiro acesso nos casos de queixa em saúde mental pela população. Nesse sentido, a presente dissertação tem por objetivo identificar e compreender as práticas de consumo de psicotrópicos entre sujeitos atendidos no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora (MG) em relação a pandemia da Covid-19. Ancorada na pesquisa participante, o estudo se deu ao longo da inserção em campo durante 1 ano e 4 meses em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município. Foram realizadas caminhadas comunitárias e visitas domiciliares junto das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), além de cinco entrevistas com moradoras do território de abrangência da UBS que apresentaram como questões comuns o consumo de psicofármacos e o impacto na saúde mental em decorrência do que foi experienciar a pandemia. As três categorias temáticas – intituladas “*Minha dor é minha*”: gênero, sofrimento mental e diagnóstico; “*A gente vê que a gente realmente precisa desse cuidado*”: psicofármacos como estratégia de cuidado e “*Eu passei a sentir a dor das pessoas*”: pandemia e adoecimento mental – discorrem sobre os aspectos mais presentes durante os relatos. Registros fotográficos e do Diário de Campo (DC) foram utilizados para dar ainda mais robustez e sentido ao material colhido. Após análise do material, foi possível conceber que o uso de psicofármacos já era uma realidade vivenciada pelas entrevistadas, antes mesmo da pandemia, e que a crise sanitária, em alguns casos, acabou por agravar o uso desses medicamentos para manejo da saúde mental. Nas entrevistas, a sobrecarga das mulheres, as responsabilidades e a intensificação da jornada de cuidado no ambiente familiar foram problemas recorrentemente considerados como agravantes em meio à crise sanitária, que impactou diretamente o sofrimento mental expresso no período e o que ficou dele. O luto, realidade para algumas mulheres entrevistadas, apareceu como processo ainda em elaboração e que carece de cuidado, considerando que a Covid-19 alterou os rituais de luto e despedida de entes queridos.

Palavras-chave: covid-19; gênero; saúde mental; psicotrópico.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic was an unprecedented and historical sanitary crisis. Understanding its impact on women's mental health and its possible relation to the consumption of psychiatric drugs among this population is necessary, considering the existence of a rapid increase in the use of medications to manage mental suffering as seen in the most critical phases of the pandemic (2020-2022). This means highlighting the role of the Primary Health Care (Atenção Primária à Saúde - APS) not only as the main entry point to Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), but also as a major service during the pandemic and as the first way of assessing help for mental health concerns of the population. In this context, the present dissertation aims to identify and understand psychotropic drug consumption practices among individuals treated within the scope of Primary Health Care in Juiz de Fora (MG), in relation to the Covid-19 pandemic. Anchored in participatory research, the study was conducted over 1 year and 4 months of fieldwork in a local Primary Health Unit (Unidade Básica de Saúde - UBS). Community walks and home visits were carried out alongside Community Health Agents (Agentes Comunitárias de Saúde - ACS), in addition to five interviews with women residing in the UBS coverage area, who shared common issues related to psychotropic drug use and the mental health impacts of experiencing the pandemic. The three thematic categories – titled “*My pain is mine*”: gender, mental distress, and diagnosis; “*We see that we really need this care*”: psychotropics as a care strategy; and “*I started to feel other people's pain*”: pandemic and mental illness – explore the most prevalent aspects reported by participants. Photographic records and Field Diary (FD) entries were used to enrich and contextualize the collected data. After analyzing the data collected, it was possible to observe that the use of psychotropic drugs was already a reality in the participants' lives prior to the pandemic, and that the health crisis, in some cases, aggravated the use of these medications to manage mental health. The interviews revealed that women's overload, responsibilities, and the intensification of caregiving roles within the family setting were repeatedly identified as worrying factors amid the health crisis, directly affecting the mental suffering experienced during that period and its eventual aftermath. Grief, a reality for some of the interviewees, emerged as an ongoing process still requiring care, especially considering that Covid-19 disrupted traditional mourning and farewell rituals for lost loved ones.

Keywords: pandemic; covid-19; gender; mental health; psychotropic drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AE	Auxílio Emergencial
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Análise Temática
BF	Bolsa Família
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DC	Diário de Campo
DF	Distrito Federal
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAB	Força Aérea Brasileira
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FC	Farmácia Central
GF	Governo Federal
HP	Hospitais Psiquiátricos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LQFEx	Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército
ME	Ministro da Economia
MP	Ministério Público
MPS	Ministério da Previdência Social

NIMH	National Institute of Mental Health
NUPSID	Núcleo de Pesquisa em Sujeitos, Política e Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OXFAM	Comitê de Oxford para o Alívio da Fome
Brasil	
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PPS	Políticas Públicas em Saúde
RAPS	Atenção Psicossocial
RC	Rodas de Conversa
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RP	Reforma Psiquiátrica
SE	Semana Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TDQ	Teoria do Desequilíbrio Químico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. PANDEMIA DE COVID-19 À LA BRASIL	17
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA, CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOFÁRMACOS	32
3. PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA.....	46
3.2 LOCAL/CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	48
4. ESTRATÉGIAS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS	53
4.1 CAMPO DE PESQUISA.....	54
4.2 ENTREVISTAS	62
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	63
5. SOBRE A ÉTICA.....	65
6. TRAJETÓRIAS: DO SOFRIMENTO MENTAL À PANDEMIA	66
6.1 “MINHA DOR É MINHA”: GÊNERO, SOFRIMENTO MENTAL E DIAGNÓSTICO	66
6.2 “A GENTE VÊ QUE REALMENTE A GENTE PRECISA DESSE CUIDADO”: PSICOFÁRMACOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO	82
6.3 “EU PASSEI A SENTIR A DOR DAS PESSOAS”: PANDEMIA E ADOECIMENTO MENTAL.....	101
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICE A – ROTEIRO RODAS DE CONVERSA	140
APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTAS	141
ANEXO I – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é fruto do desejo e das inquietações de uma jovem mulher que, partindo de uma perspectiva interseccional e no exercício da pesquisa, propõem-se a compreender os aspectos que tangenciam a saúde mental das mulheres atrelados à vivência da pandemia de Covid-19 e ao consumo de psicofármacos. Como profissional que atua com base na Psicologia Social Crítica, esse trabalho é também forma de expressão de um fazer pesquisa e psicologia à margem, comprometida com as pessoas, considerando sua subjetividade, pluralidade e formação.

Enquanto uma mulher que vivenciou a pandemia de Covid-19, inclusive durante seu período de formação, o interesse por compreender como foram as vivências e manejos desenvolvidos por outras mulheres nesse momento encontrou vazão na elaboração do estudo. A curiosidade surge e ganha contornos através de uma percepção ampliada e contextual do que é ser mulher, em sua multiplicidade, atravessar uma pandemia de caráter global e o que pode ter ficado do período e impactado na saúde mental desse grupo.

Durante minha formação, percorri caminhos diversificados dentro da Psicologia Social, seja nos estágios obrigatórios ou mesmo extracurriculares. Nesses espaços, a questão da saúde mental das mulheres se fez comum e de extrema relevância, e o lugar delegado à mesma pela psicologia não só mobilizou meu interesse, como também indignação. Enquanto ciência e profissão de bases hegemônicas, os saberes *psi* não escapam de uma perspectiva patologizante e subalternizada das mulheres, pelo contrário, em muitos momentos contribui e fomenta as desigualdades de gênero.

Importante destacar que nessa pesquisa, ao se referir à mulher, compreende-se por pessoas cisgênera, transgênera e travesti, ainda que em seu fazimento não tenha abarcado todo esse público. A concepção de mulher está muito além de uma genitália ou determinado traço biológico, ser mulher implica aspectos psicossociais que impactam de sua formação à sociabilidade, a internalização de gostos e características que são construídas e alocadas no papel de gênero que se entende ser o da categoria. Cabe resgatar a célebre Simone de Beauvoir (1967) e sua premissa do “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”.

Com alicerces em uma perspectiva de gênero crítica e que considera a relação sujeito-sociedade na formação subjetiva e adoecimento mental das pessoas, a interseccionalidade se apresenta no trabalho como uma lente teórico-prática que possibilita um olhar mais ampliado, de acordo com cada contexto apresentado e considerando marcadores como raça, classe, o próprio gênero e territorialidade. Os preceitos dessa definição nos convidam a refletir sobre a

saúde mental de forma relacional, ampliada e em diálogo do sujeito em relação com a sociedade, além de somar uma perspectiva racializada e latino-americana ao trabalho.

A dissertação compõe o Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e faz parte do Núcleo de Pesquisa em Sujeitos, Política e Direitos Humanos (NUPSID) na mesma instituição e de coordenação do professor orientador do estudo, Professor Dr. Fernando Santana de Paiva. As reflexividades possibilitadas pelo espaço são fundamentais para uma ampliação de perspectivas, contribuindo tanto para a robustez teórica quanto para o exercício prático no campo.

Se, na proposta inicial do estudo, a curiosidade pelo enlace entre a pandemia de Covid-19, seu possível impacto na saúde mental e no consumo de psicofármacos por mulheres estava posta, foi necessário localizar esse tripé em um espaço que abarque essas questões. A chegada à Atenção Primária à Saúde (APS), na figura da Unidade Básica de Saúde (UBS), como possibilidade de realização do estudo, deu-se naturalmente e a partir do entendimento do papel histórico desse equipamento na dinâmica da saúde pública no Brasil, no período agudo da Covid-19 e mesmo no controle de transmissão do vírus com a chegada da vacinação.

A pesquisa se deu partindo de uma perspectiva mais ampliada, ainda que com foco na questão Covid-19, saúde mental e consumo de psicofármacos. Durante o movimento de inserção em campo, através do diálogo com o território, com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e com a equipe da UBS, a questão da saúde mental das mulheres se realça e é vinculada ao desejo desta jovem pesquisadora em mergulhar nas premissas temáticas agora demarcadas pelo gênero. Mais uma vez, em meu caminho de formação, essa indagação, de forma orgânica, enaltece-se e é acolhida no exercício profissional do estudo e pesquisa.

Convido a/o leitora/leitor para uma imersão nesse processo do fazer pesquisa, que se deu de forma muito comunitária e vinculada ao território, às profissionais da UBS e às mulheres entrevistadas. Ao longo de 1 ano e 4 meses indo semanalmente na comunidade de abrangência da UBS, seja acompanhando às ACS em visitas domiciliares, em ações do equipamento ou mesmo para realização das entrevistas, não só conheci pessoas, mas senti cheiros, sabores, vivenciei trocas, partilhas e momentos de escuta e construção que impactaram diretamente na construção dessa dissertação e do meu eu.

Inicialmente, será apresentado um panorama sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil, considerando suas particularidades e atribuições, em um período histórico-político singular e complexo. Esse panorama, em acordo com a realidade brasileira, é importante para se considerar as particularidades do que foi ser brasileira/o, atravessar e ser atravessada/o por uma pandemia em meio a produção massiva e rápida difusão de notícias de caráter fraudulento e de

questionamento ao real cenário pandêmico global, as *fake news*. Esse aspecto é crucial para um entendimento situado e uma perspectiva alocada dos efeitos pandêmicos e sua relação com a saúde mental.

Posteriormente, será trabalhada a APS enquanto serviço de saúde em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua localização efetiva, através das UBS. Reconhecer a posição desse equipamento dentro da rede de saúde pública e como seu trabalho acolhe e desenvolve questões vinculadas à saúde mental e ao consumo de psicofármacos é um passo a mais no caminho que é pretendido construir de entendimento relacional do enfoque da pesquisa.

No que tange a metodologia, será detalhado o percurso, desde entrada em campo até a chegada nas mulheres que aceitaram ecoar suas vozes através do estudo. Um fio condutor será dissecado, com intuito de possibilitar a/o leitora/leitor uma submersão no campo e nas práticas realizadas junto à equipe. Aspectos sobre a análise de dados e sua forma de execução serão apresentados, dando ritmo e base para as seções subsequentes e proporcionando dinamismo e corpo à leitura.

Mesmo não sendo meu endereço de residência, por muitos anos residi no bairro Linhares e até hoje nutro vínculos e afetos por pessoas que residem no território. Diante de todas as questões do bairro, sua pluralidade e extensão, algo sempre me chamou atenção quando relatava morar na comunidade: os estigmas que atravessam o que é residir em um bairro periférico com todas as suas particularidades. Para muitas pessoas que desconhecem o local, só acompanhando as notícias vinculadas à mídia, a comunidade se resume ao Sistema Prisional e a todo os preconceitos que tangenciam essa questão.

Meu incômodo parte, justamente, por conhecer a sociabilidade do território, através dos mais de 20 anos em que residi ali e saber de todas as suas potencialidades. A ausência de projetos vinculados à Universidade Federal de Juiz de Fora também se soma a esse incômodo que me mobilizou a definir o bairro como lugar do estudo. Como mulher e moradora que já acessou a UBS do território, percebia que a única inserção da UFJF se dava por meio dos acadêmicos de medicina, que, de forma pontual, objetiva e até mesmo distante, adentravam o espaço com fins de estágio obrigatório.

Ainda criança, sempre me questionava o porquê da ausência de projetos – que hoje entendo como projetos de extensão universitária – no bairro. O que naquela realidade a academia não dava conta ou não estava disposta a compreender? Esse questionamento me movimentou a adentrar novamente o território, como pesquisadora e aluna da pós-graduação da instituição, com o desejo de produzir algo que não reproduza estigmas, preconceitos e

violências para com aquelas/es que residem no bairro, mas sim de ressaltar as tantas possibilidades e a pluralidade da vida que pulsa nesse espaço.

Entendo as limitações da pesquisa e da própria UFJF enquanto instituição de estudo e sei que a academia falha muitas vezes ao se dispor a estudar uma realidade que ela pouco se propõe a conhecer ou mesmo reconhecer em suas nuances. Nesse estudo, assumo o compromisso de um fazer pesquisa que não corrobore, afirme ou reproduza discursos violentos, também por isso entendo que minha pesquisa é uma construção *com*: com as pessoas, com a pluralidade de uma realidade, com respeito a um espaço multifacetado, onde vínculos são construídos e a sociabilidade se faz.

Retorno ao bairro Linhares e à sua UBS após anos com o desejo de honrar o incômodo do meu eu menina, ser instrumento de ampliação das percepções do território e fazer com que ele alcance espaços que já foram limitados e que reproduziam estigmas. Tenho entendimento das limitações de todo estudo e da instituição a qual a pesquisa se vincula, porém reconhecer essa questão localiza o trabalho de forma honesta em uma dinâmica de construção de saber participativo e sujeito a insuficiências. Meu trabalho não é um fim em si mesmo, espero que muitos outros estudos possam chegar à comunidade do bairro Linhares, com cuidado e afetação, construindo com as pessoas que lá residem algo significativo, que permitam olhar para as tantas potencialidades que constituem um território diverso.

Nos constituímos no comum. Na rede de afetos cotidianos nos fazemos, contradizemos, construímos, desfazemos e refletimos sobre o que nos tangencia. Que essa pesquisa seja instrumento para dizer de uma sociabilidade cotidiana, que, permeada por questões estruturais, guarda belezas, desafios e tensionamentos. Assim é a vida, e esse estudo se compromete, antes de tudo, com a vida das pessoas. Com a sabedoria que cada história particular guarda, com os desafios que cada realidade apresenta, com as potências que emergem em meio aos mais complexos contextos atravessados por desigualdades, mas também por afetos e perspectivas que algo diferente é possível.

Para facilitar a compreensão do tema e viabilizar um alcance aos objetivos iniciais, o estudo é ancorado na Análise Temática e faz uso de uma metodologia participativa ao decorrer de toda sua construção. Com suporte em uma metodologia feita com os sujeitos, foi possível tornar a inserção em campo, as caminhadas pelo território, as entrevistas e tudo que foi produzido junto com a equipe da UBS ainda mais significativo e em acordo com o tema. No que diz respeito à análise dos dados, buscou-se exercê-la com cuidado e com muitos elementos do campo, transportando esse espaço de forma viva e dinâmica para as páginas do trabalho.

Ao todo, três categorias são trabalhadas na dissertação, sendo o material produzido anteriormente a apresentação delas um caminho a ser percorrido para maior e melhor compreensão de aspectos que estão intrinsicamente relacionados a cada uma. Em primeiro lugar, o panorama da pandemia de Covid-19 no Brasil, suas particularidades, contexto sociopolítico, ideológico e desdobramentos que fazem dessa crise sanitária única e sem precedentes na história do país. Em segundo, o lugar da APS na rede de saúde pública, como se relaciona e maneja questões de saúde mental e, em terceiro, a forma como o uso de psicofármacos se apresenta nesse equipamento, considerado porta de entrada do SUS.

Em cada categoria, intituladas “*Minha dor é minha*”: gênero, sofrimento mental e diagnóstico; “*A gente vê que a gente realmente precisa desse cuidado*”: psicofármacos como estratégia de cuidado e “*Eu passei a sentir a dor das pessoas*”: pandemia e adoecimento mental, os objetivos da dissertação são trabalhados de maneira relacional e se conectam à medida que mais relatos são apresentados, dando sentido ao tecido que se forma e é costurado pelas histórias, vivências e particularidades das entrevistadas, que se aproximam e se diferenciam em certos aspectos.

Convido à leitura do trabalho com cuidado e sensibilidade, pois dizer do que foi a pandemia e do que somos após ela não é fácil. A situação não muda ao dizer da saúde mental das mulheres, tema delicado e que carece de compreensão situada e contextualizada. A dissertação, como uma grande colcha de retalhos, constrói-se e ganha sentido em cada etapa. O estudo de cada parte possibilita, ao final, a compreensão de um todo costurado com uma longa inserção em campo, manejo, afetos e construção de vínculos. Ao final, é possível conceber a forma do todo e os sentidos que são despertados. Se permita mergulhar nas etapas! Cada uma delas é imprescindível para o sentido do trabalho.

1. PANDEMIA DE COVID-19 À LA BRASIL

Duas mulheres, uma de 57 e a outra de 63 anos. Ambas, com suas semelhanças e diferenças, aproximam-se pela profissão e pelo fator de influência ao óbito precoce. Trabalhadoras domésticas, Rosana Aparecida Urbano foi a primeira vitimada pelo vírus da Covid-19 no país, e Cleonice Gonçalves foi a primeira a ser vitimada no estado do Rio de Janeiro (Vieira; Marques, 2020; CAMTRA, 2021). A partir de março de 2020, as relações não seriam mais as mesmas. A morte de duas mulheres de classe baixa e empregadas domésticas nos diz da realidade do que foi o período agudo da Covid-19 no Brasil.

A crise sanitária e também política envolveu a morte precoce de milhões de brasileiras/os e escancarou o abismo histórico, com raízes no processo de constituição do país, da desigualdade social. Em um momento de instabilidade e ânimos exacerbados em decorrência do que foi o processo eleitoral vivido em 2018, o país enfrentava uma nova dinâmica do poder político que, alinhado aos preceitos antidemocráticos, atuava de maneira fascista e na contramão do fomento de políticas públicas, inclusive relacionadas à saúde, como será contextualizado adiante.

Cabe aqui um resgate da dinâmica eleitoral de 2018 e dos seus desdobramentos, uma vez que influenciaram diretamente no manejo, questionável e fragmentado, por parte das figuras à cargo no Governo Federal (GF), impactando diretamente a vida – e a morte – da população brasileira de forma geral. O Brasil passa a colher frutos controversos do advento de movimentos extremistas que traçavam, em escala contínua desde os processos relacionados ao golpe político de 2016 sofrido pela presidenta Dilma Rousseff, uma ascensão ideológica e política em um movimento de contravenção de direitos até então consolidados (Gallego, 2018).

Situar a pandemia enquanto um cenário desconhecido para uma população que até então não tinha vivenciado algo de tamanha magnitude implica considerar as possíveis reações adversas ao momento, uma vez que se trata de um processo de adaptação em paralelo a uma realidade distinta e o que ficou dessa experiência. Ao todo, conforme última atualização da página Coronavírus Brasil, vinculada ao Ministério da Saúde (MS), datada de 04/11/2024, o país acumula 38.984.103 casos confirmados e 713.966 óbitos relacionados à doença, tendo apresentado um crescente nos casos confirmados no início do ano de 2024, mesmo após a extensa campanha de vacinação (Coronavírus Brasil, 2024).

No início de 2020, quando é declarada a emergência global da Covid-19, a postura inicial da figura a cargo do GF, Jair Bolsonaro, foi de questionar a gravidade dos sintomas e de minimizar a potencialidade de contágio e disseminação do vírus. Uma crescente global de

contaminação se deu a passos largos, e, no Brasil, discursos alinhados a uma ideia de tratamento precoce e de negação do problema nutriram o colapso que viria assolar a saúde no país nos meses subsequentes do que por muitas pessoas é nomeada até hoje como uma “gripezinha” (Bueno; Souto; Matta, 2021).

A nível global, o contágio pelo vírus se deu de forma ascendente e repentina. Em 31 de dezembro de 2019, um alerta foi recebido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre diversos caso do que naquele momento era entendido como pneumonia, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Essa pneumonia tratava-se de um novo tipo de coronavírus, não identificado anteriormente em seres humanos. Sete dias após a notificação, autoridades chinesas confirmaram o reconhecimento de uma nova cepa do coronavírus (OPAS, 2024a).

Ainda no mês de janeiro de 2020, foi declarado por parte da OMS um surto local da nova variante de coronavírus identificada. Não tardou para que a organização elaborasse um comitê para acompanhar a evolução do vírus, dos quadros clínicos e de sua disseminação, e criar um plano estratégico de ação para combate. Ainda que com sintomatologia próxima à família dos coronavírus, a cepa, que foi nomeada posteriormente como Covid-19, guardava suas particularidades e carecia de estudo e compreensão pelos agentes de trabalho na saúde (OPAS, 2024a).

Se a data de 11 de março é hoje um marco da declaração do caráter pandêmico do coronavírus, no Brasil, os primeiros movimentos registrados dizem de um pós-carnaval que mudaria a sociabilidade brasileira de forma drástica. No dia 26 de fevereiro, feriado de Quarta-Feira de Cinzas no país, foi detectado a primeira pessoa infectada pelo vírus: um homem branco, na faixa dos 60 anos, que teria retornado da Itália para São Paulo a pouco tempo. Seria esse o primeiro caso confirmado em toda a América Latina (Andrade; Delgado, 2020; OPAS, 2024a).

Pouco tempo após a primeira confirmação de contágio, o país confirma o primeiro óbito em decorrência da doença. Trata-se de Rosana Aparecida Urbano (57 anos), citada anteriormente no início dessa seção. Nascida em São Paulo, Rosana faleceu no dia 12 de março de 2020 no mesmo estado, deixando saudade em seus entes queridos e dando rosto, nome, sobrenome e história para um grupo que se expandiria de forma abusiva, o de vitimadas/os pela Covid-19 e por uma política federal omissa frente o combate à doença (Moreno; Matta, 2021).

Dias antes do óbito, o então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, fez uma tentativa de aproximação das recomendações e estudos produzidos pela OMS, ainda que fosse na contramão do que o presidente Jair Bolsonaro disseminava em suas *lives*. Não demorou muito para que um impasse fosse criado na gestão governamental e uma exoneração fosse

providenciada para o então ministro e sua equipe (Shalders, 2020). Iniciava-se um período de medo pelos possíveis caminhos traçados pelo vírus, incertezas frente o constante embate de notícias, angústia diante de um cenário novo mundial e ausência de uma figura de suporte e referência em meio aos conflitos e trocas de ministros da pasta, que somaram quatro, do período de 2019-2022.

Convém aqui nomear os quatro ministros da saúde da gestão de Bolsonaro tanto para o público leitor quanto para a responsabilização dos sujeitos envolvidos na dinâmica política pandêmica, com intuito de garantir que as figuras e suas respectivas ações – ou não – frente o momento atípico não caiam no esquecimento que tende assolar o processo de formação e constituição do povo brasileiro e do próprio país. Ao organizar esse processo, torna-se possível retirá-lo do lugar da indiferença e dar vazão às tantas ausências que foram experienciadas durante uma crise sanitária de dimensões e impactos profundos na formação societária e humana.

A gestão de Bolsonaro se inaugura com a figura de Luiz Henrique Mandetta ocupando o cargo de Ministro da Saúde (MS) (02/01/2019) e sua exoneração e de sua equipe que se dá pouco tempo após a deflagração global da pandemia e desacordo com a gestão frente as medidas que deveriam ser tomadas como tentativa de contenção do vírus (16/04/2020). Entre uma das situações que levaram a demissão do então ministro, o embate que se estabeleceu entre sua atuação e as informações disseminadas pela gestão do governo foi o ponto crucial para seu desligamento da pasta (BVS, 2024; Senado Federal, 2021).

Foi durante sua gestão que o GF deu início a extensiva campanha a favor do uso de medicamentos sem eficácia comprovada para combate ao vírus, bem como do incentivo à adoção do protocolo denominado como “tratamento precoce” pelos profissionais da saúde. Conforme exposto no Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia (Senado Federal, 2021, p. 84)

Havia, portanto, um claro conflito interno no governo. De um lado, estava o Ministério da Saúde e as recomendações médico-científicas; de outro lado, o Presidente da República, seu círculo íntimo de assessores, seu gabinete paralelo e um apego ideológico à cloroquina.

Nessa seara se estabeleceu um debate que se estenderia durante todo o período agudo da Covid-19 e em seu pós, haja vista que, ainda hoje, há uma crença na adesão do tratamento precoce por parte de um contingente populacional e pessoas que lidam com as sequelas do uso desses medicamentos (Furlan; Caramelli, 2021). O “Kit Covid”, composto por cloroquina, hidroxiclороquina, ivermectina nitazoxanida, remdesivir e azitromicina, ganhou incentivo

significativo por parte da gestão federal, inclusive com ampliação de produção de cloroquina, em parceria com o Ministério da Defesa e o Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército (LQFEx), que ainda em março de 2020 anunciou que tornaria maior a produção desse fármaco. Importante ressaltar que nesse período não haviam informações concretas sobre a eficácia desses medicamentos (Santos-Pinto; Miranda; Osorio-de-Castro, 2021; Senado Federal, 2021).

A expansão do vírus no país e suas oscilações, seja diante do número de contaminações e óbitos ou mesmo de novas variantes, foi nomeada como “onda”. Ao todo, o país enfrentou três ondas e três variações genéticas do Sars-Cov-2. Em pesquisa voltada para a compreensão da evolução temporal da Covid-19 e imunização nas três ondas de acordo com a Semana Epidemiológica (SE), Moura *et al.* (2022, p. 3) explicam,

A primeira onda estendeu-se de 23 de fevereiro (9ª SE 2020) a 25 de julho de 2020 (45ª SE 2020), quando foram notificados 7.677 óbitos semanais. A segunda, mais longa e mais letal, ocorreu entre 8 de novembro de 2020 (46ª SE 2020) e 10 de abril de 2021 (51ª SE), que terminou com o triplo de óbitos: 21.141 mortes em uma semana. A terceira onda foi a mais curta, de 26 de dezembro de 2021 (52ª SE 2021) a 21 de maio de 2022, na qual ocorreram 6.246 óbitos no total.

As autoras e os autores explicitam ainda a ausência de testes no ano de 2020 para identificação de linhagens e variações do vírus. Além disso, relatam que, nesse período, a prevalência de contaminação se deu pela variante Alfa. A segunda onda teve como variante predominante a Gama e a terceira, a Ômicron. Elas ressaltam ainda que não houve registro no Brasil envolvendo a variação Beta do vírus e que, em relação à morbidade, a variante Ômicron se destaca, enquanto a variação Gama, presente na 2ª onda de disseminação e contaminação, relaciona-se mais à mortalidade (Moura *et al.*, 2022).

Foi no cenário da primeira onda que Mandetta foi deposto, após tentativa de aproximação com os preceitos e direcionamentos da OMS para manejo da crise e, dessa forma, opondo-se frente os informes de Bolsonaro. Com a saída de Mandetta, Nelson Teich assume a pasta, ficando exatamente 29 dias na gestão da saúde no país, considerando sua cerimônia de posse (17/04/2020) e de desligamento (15/05/2020). Nesse momento, os casos confirmados da doença subiam gradualmente, e a instabilidade na agenda da saúde deixava a mercê a população brasileira, cada vez mais bombardeada por informações falsas e protocolos dissidentes dos adotados pelos demais países (Shalders, 2020; BVS, 2024).

A breve passagem de Teich pelo ministério se deu também em decorrência da ausência de acordo entre o então ministro e sua equipe e o gabinete e assessoria de Bolsonaro. Em depoimento à CPI da Covid, Teich afirmou que seu pedido de demissão ocorreu por conta das

desavenças com o então presidente, inclusive relacionado à defesa e indicação do uso da cloroquina (BBC News Brasil, 2020; Senado Federal, 2021). O acato de sua demissão e a lacuna na atenção à saúde novamente somaram-se ao agravamento no quadro epidemiológico do país, que somava em torno de 177 mil novos casos de contaminação e 6 mil óbitos em decorrência da doença (Coronavírus Brasil, 2024).

Importante salientar que, no período em que o país se viu sem um representante legal pela pasta da saúde, os números de vitimados pela doença não paravam de subir. Mais de 1,6 milhão de novos casos da doença foram confirmados, e os óbitos em decorrência da contaminação pelo vírus chegaram na casa dos 57 mil. Após dois meses desse cenário, o então General do Exército Eduardo Pazuello assumiu interinamente a pasta no mês de julho frente à ausência de uma liderança em acordo com as práticas disseminadas pelo governo (Lara, 2020; Coronavírus Brasil, 2024). Vale ressaltar que Pazuello não possui formação e experiência prévia na área da saúde.

Após um período como ministro interino, Pazuello assumiu o ministério definitivamente (16/09/2020), sendo um dos 531 militares que foram vinculados à Saúde por Bolsonaro. Em sua gestão, o número de militares na referente pasta teve um salto substancial, haja vista que no governo anterior, de Temer, havia 718 registrados, já em 2019 esse quantitativo somava 1.249 profissionais da categoria (Agostini, 2020; BVS, 2024). A nomeação do general foi uma tentativa de alinhar as informações disseminadas pelo governo com as ações que passariam a ser adotadas pelo MS, explicitando que não era do interesse de Bolsonaro um ministro que fizesse oposição aos seus mandos (Senado Federal, 2021).

A segunda onda do vírus, ou seja, o aumento significativo no número de casos de contaminação pela doença, dá-se na gestão de Pazuello e marca a história do país como um dos piores colapsos no sistema de saúde. Concomitantemente, a população manauara (AM) vivenciou o desespero da ausência de oxigênio suficiente para os leitos de internação pela Covid-19, e o pânico se alastrou pela capital de Manaus, que, conhecida internacionalmente por ser próxima e vinculada ao “pulmão do mundo” (Floresta Amazônica), via-se de mãos atadas frente à falta de ar de seu povo.

Nos dias 14 e 15 de janeiro, o caos se instaurou nas proximidades das unidades de saúde e hospitais do Estado, e o país viu o ar faltar diante do alastro da variante nomeada, posteriormente, como Gama. Profissionais da saúde e familiares circulavam em completo desespero frente à incapacidade de ação gerada por uma crise em vários âmbitos: ausência de insumos suficientes, altas taxas de contaminação e desgaste e extrema fadiga das/os trabalhadoras/es da saúde. Informações do Ministério Público (MP) somam cerca de 60 mortes

ocasionadas nos dois dias da crise nos hospitais, da capital e do interior, em decorrência da ausência de oxigênio. Brasileiras e brasileiros que, diante da omissão e negligência de toda uma gestão federal, foram levados a dar o último suspiro, um momento de tamanho abandono em que sequer o ar se fez presente (Gazel; Cruz, 2022).

Uma mobilização particular pelas redes sociais atingiu todo o país, inclusive a classe artística nacional, que se organizou para o manejo e envio de cilindros de oxigênio para Manaus, junto de trabalhadoras/es da saúde do estado que retiravam do próprio bolso valores para auxílio da população enquanto o presidente e sua assessoria, em *lives* nas redes sociais, faziam pouco ou mesmo minimizavam os efeitos adversos de contaminação pelo vírus (Borges, 2021; G1, 2021; Brandão; Mendonça; Sousa, 2023). A população manauara experienciava um abandono sem precedentes por parte do GF, o aumento contínuo de valas e de pessoas sendo enterradas em sacos plásticos sem identificação e o sentimento de incapacidade diante do fato de saber que seus entes queridos estavam sem oxigênio e não ter onde ou a quem recorrer (Gazel; Cruz, 2022; G1, 2021).

Frente a inabilidade da cúpula em lidar com a situação, a ação pelas redes sociais ganhou incentivo, e a crise do oxigênio em Manaus foi notícia em todo mundo, gerando comoção internacional. A Venezuela, país que faz fronteira com o Brasil, inclusive com o estado do Amazonas, enviou ao vizinho cerca de 130 mil litros de oxigênio e um montante de 107 médicos para atuar no ápice da crise (Borges, 2021; Mello, 2021). A ausência de comprometimento da presidência com as milhares de famílias em completo estado de dor e sofrimento é sentida até hoje, principalmente por aquelas que perderam pessoas nesse momento trágico da crise sanitária.

A mobilização frente a pressão das demais autoridades (sobretudo as de oposição ao governo) e a ampla divulgação na imprensa, inclusive internacional, levaram à tomada de algumas medidas, como tentativa de estancar uma ferida que deu avisos prévios sobre seu rompimento. O governo, em parceria com a Força Aérea Brasileira (FAB), movimentou cerca de 512 pacientes internados nos hospitais de Manaus para cidades próximas, às pressas, como tentativa de evitar mais óbitos (G1, 2021; Gazel; Cruz, 2022).

Esse não seria o único escândalo da gestão genocida de Bolsonaro em Manaus. O uso de pessoas infectadas pela Covid-19 em estudos de procedência questionável fez com que o estado também fosse utilizado como cobaia no tratamento experimental da proxalutamida. O Grupo Samel, na figura de seu presidente, Luiz Alberto Nicolau, foi o responsável, junto do médico endocrinologista Flavio Aduara Cadegiani, por efetivar a pesquisa nas cidades de Itacoatiara, Manaus, Maués e Parintins (AM), Porto Alegre e Gramado (RS) e Chapecó (SC).

Nenhum dos procedimentos realizados foi autorizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Magri, 2021a; Mugnatto, 2021).

A proxalutamida não é usada no Brasil e não tem registro em nenhum país do mundo, pois até o ano de 2021 estava na fase de teste para uso no combate a certos tipos de câncer, por exemplo, o de próstata. Foram constatadas várias irregularidades no estudo de Cadegiani, sendo algumas delas a realização com número acima de participantes permitidos (645 ao invés de 294), administração de doses altas do medicamento concomitante ao uso de hidroxicloroquina e ivermectina e a não informação do estudo para familiares de pessoas que estavam internadas em decorrência da Covid-19. Ao todo, 200 óbitos foram constatados relacionados à administração da droga, que também foi defendida pelo então presidente, Jair Bolsonaro, de forma ilegal em Manaus (Magri, 2021a; 2021b; Matinal, 2021; Mugnatto, 2021).

No Amazonas, no município de Itacoatiara, uma das vítimas foi Zenite Gonzaga Mota, de 71 anos, que, segundo a família, foi internada em um quadro estável e veio a óbito, sem saber que fez parte de um estudo experimental. A situação do Amazonas nesse período e as infrações éticas cometidas ainda hoje são varridas para “debaixo do tapete” em uma tentativa de silenciamento e apagamento do que talvez seja uma das mais graves infrações éticas da história. No relatório final da CPI da Covid, Cadegiani é um dos 68 nomes encaminhados para indiciamento, acusado de crime contra a humanidade (Magri, 2021a; 2021b; Mugnatto, 2021; Senado Federal, 2021).

Concomitante a toda a turbulência sentida em janeiro, no dia 17 do mesmo mês, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprova o uso, em caráter de emergência, da CoronaVac, dando início ao movimento de vacinação no país. O imunizante, desenvolvido pelo Instituto Butantan em parceria com a biofarmacêutica chinesa Sinovac Biotech, teve seu uso inaugurado na mulher, negra, mãe solo e trabalhadora do SUS – enfermeira do Instituto de Infectologia Emílio Ribas – Mônica Calazans, de 54 anos, sendo a primeira pessoa a ser imunizada contra o vírus em todo país (Biernath, 2022; Instituto Butantan, 2021).

A vacina foi alvo de uma série de ataques por parte do GF e de seus aliados, que desqualificaram, desde sua eficácia a sua segurança, contribuindo para o movimento antivacina, que se fortaleceu e expandiu no período de 2019 a 2022 (Fagundes, 2021). Com o término da gestão de Pazuello (23/03/2021), o Brasil viu ser nomeado seu quarto ministro da Saúde em um período de 3 anos. O então gestor, Pazuello, deixa o cargo em um momento delicado: o país, pela primeira vez, registra mais de 3 mil mortes por conta da Covid-19 em um único dia (23/03/2021) e atinge a marca de mais de 300 mil mortos pelo vírus em toda sua extensão territorial (24/03/2021) (Coronavírus Brasil, 2024; Instituto Butantan, 2021).

Foi Marcelo Queiroga o último ministro a assumir a pasta da saúde na gestão bolsonarista, tendo sua posse ainda no início de 2021 (23/03/2021). Antes de assumir tal posição, Queiroga havia se manifestado como sendo não favorável ao uso da cloroquina, reforçando o não acordo científico em relação ao uso da droga para cuidado em Covid, e tentou manter uma postura distante da discussão frente o parecer favorável de Bolsonaro após se tornar ministro (Folha de São Paulo, 2021; Senado Federal, 2021). Foi durante sua gestão que se deu todo o processo de expansão da vacinação pelo território nacional, com o constante desacordo entre GF e os gestores estaduais e municipais, bem como o início da produção de outros imunizantes em território nacional – AstraZeneca – para além da brasileira CoronaVac. O cardiologista tomou posse em um dos meses mais delicados da pandemia, com 81.253 óbitos em decorrência da doença (Mões, 2022).

O trabalho de Queiroga encerra o que foi uma dinâmica em desacordo com as recomendações internacionais e com a dimensão e magnitude de alcance e mortalidade do vírus. Ele foi o ministro que permaneceu mais tempo a frente da pasta da saúde. A vacinação caminhou a passos vagarosos, o que ocasionou uma série de vidas perdidas. O Programa Nacional de Imunizações (PNI), reconhecido internacionalmente por sua abrangência e eficácia, foi diminuído e fragmentado, chegando inclusive a não ser incluso na discussão sobre a logística vacinal no país, o que contribuiu para atrasos, perda de insumos adquiridos e execução com eficácia comprometida do esquema vacinal (Brandão; Mendonça; Sousa, 2023).

O país assistiu, com lágrimas nos olhos, a finalização de um período histórico que marca o cerne de sua sociabilidade. São gerações inteiras afetadas drasticamente, um vazio sem precedentes no peito de quem perdeu um ente querido e um “e se” que ecoará na memória e na narrativa do que se foi. E se fosse diferente? E se tivessem levado a sério? E se a vacina tivesse chegado antes? São respostas que tempo algum dará conta de responder. De tantas incertezas, talvez seja a saudade de quem se foi uma das poucas concretudes.

Ao final da gestão de Bolsonaro, o MS se viu com quatro figuras representantes da pasta e nenhuma delas com histórico de trabalho em políticas públicas, nem mesmo em saúde. Pazuello, que chegou a afirmar em coletiva de imprensa *“Eu nem sabia o que era o SUS”*, e os demais que ocuparam o cargo possuem um crucial atributo comum: todos representaram mais do mesmo, pessoas em concordância e dispostas a acatar a postura negacionista da cúpula do então presidente, ainda que na contramão de produções científicas, inclusive em escala global (André, 2020; Brandão; Mendonça; Sousa, 2023).

O MS, fragilizado e militarizado, em meio a uma controversa rede de divulgação de notícias falsas e de caráter duvidoso, direcionou a criação de normativas e protocolos para a

área da saúde com enfoque hospitalocêntrico, reduzindo ou mesmo tornado inexistentes a elaboração de conteúdo acerca de aspectos relacionados à saúde mental e desconsiderando em suas prerrogativas fatores como a desigualdade social. A reverberação dessa perspectiva só fez contribuir para um cuidado em Covid envolto de desconfiança, práticas questionáveis e fragmentação de seus impactos a longo prazo (Affonso *et al.* 2021).

O desamparo proveniente da gestão negacionista foi sentido por toda rede de saúde, desaguando em sua porta de entrada, a APS, e nas práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada na UBS enquanto equipamento de referência e exercício dessa forma de cuidado. Importante destacar que esse serviço sofreu cortes significativos de verba, inicialmente com o teto de gastos – Emenda Constitucional (EC) 95/2016 – aprovado na gestão de Michel Temer (2017-2019), que, mesmo posteriormente revogado, impactou e foi de encontro à gestão de Bolsonaro. A saúde pública e sua atuação em rede foi alvo de um processo de desmonte que impactou diretamente a pandemia de Covid-19 e o colapso de equipamentos do SUS (Lacerda, 2023b).

A APS, equipamento basilar para efetivação do SUS em toda extensão territorial do país, sofreu com a tentativa de privatização e desmonte de sua atuação em rede por parte do MS durante o período pandêmico. Cabe citar o Decreto nº 10.530, que visava a privatização de mais de 4.000 UBS, assinado pela própria pasta, que teve sua revogação posterior e uma tentativa de edição e a criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), voltada para a terceirização de trabalhadoras/es da APS, medidas tomadas, respectivamente, durante a gestão de Mandetta e Pazuello (Brandão; Mendonça; Sousa, 2023).

Enquanto porta de entrada, esse equipamento foi fundamental para o cuidado em saúde no período pandêmico e, com a ampliação da cobertura vacinal, já na terceira onda, passou a notificar e atender a maior parte dos casos de queixa de covid. O serviço foi impactado ainda pelo impasse entre o GF e as gestões Estaduais e Municipais, o que gerou um manejo diferencial em cada território do país. Algumas esferas do governo, de forma descentralizada e em conflito entre suas instâncias, utilizaram de prerrogativas do SUS para viabilizar a promoção de esquemas vacinais diferenciados e de acordo com a necessidade de cada localidade (Moura *et al.*, 2022).

O Brasil, que já caminhava em desencontro com políticas públicas e sociais, viu seu retorno ao Mapa da Fome junto ao agravamento também da crise financeira e sob influência do período pandêmico (Lima, 2021). A crise sanitária e a má gestão governamental, somadas, contribuíram para uma regressão do país em relação às políticas sociais. Dados do relatório feito pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)

apontavam para um número de 70 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar – sem saber se vão comer no dia seguinte – durante os anos de 2020 e 2022, número que representa 38% da população. Essa porcentagem representou o dobro da registrada nos anos anteriores, que no período de 2014 a 2016 estava em 18,3% (Brasil de Fato, 2023).

Ainda sobre o panorama de desigualdades no país e os resquícios do período pandêmico, dados do Observatório Brasileiro das Desigualdades publicado em 2023 apontam que mais de 7,5 milhões de pessoas tem sua renda domiciliar per capita inferior a 150,00 por mês. Ainda são as mulheres e pessoas negras as mais afetadas pelas desigualdades sociais, incluindo a insegurança alimentar e o acesso à saúde (Lacerda, 2023a). Com um agravamento em questões basilares da vida – da fome ao desemprego –, é possível observar a amplitude que uma crise em saúde somada a uma gestão negacionista atinge e compreender sua conexão com outros aspectos da sociabilidade.

Como medida para tentar conter o avanço das desigualdades no país e sob pressão da bancada opositora e da população, o GF, na figura de Paulo Guedes, Ministro da Economia (ME), propôs o Auxílio Emergencial (AE). Guedes, ao apresentar a proposta, sugeriu o valor de 200,00 por três meses, para pessoas em situação de vulnerabilidade. Após discussão nas instâncias governamentais e reelaboração do projeto, o valor fixado foi de 600,00 com destaque para famílias com Cadastro Único que recebem o Bolsa Família (BF) e para pessoas que tiveram sua renda afetada pela pandemia de forma drástica (Ramos, 2020; Senado Federal, 2021).

Jair Bolsonaro se manteve firme contra formas de contenção do vírus, inclusive o *lockdown*, ancorando seu discurso em uma narrativa controversa de pânico e medo da quebra da economia nacional (Arreguy, 2021; Arbex, 2021). A população mais pobre e vulnerável teve no AE um suporte para administrar uma nova realidade – desemprego, queda da renda familiar e insegurança em diversos aspectos – cercada de incertezas. Ainda que fundamental para as famílias que receberam e dependiam do benefício para acesso à alimentação e manutenção de moradia, as mudanças ocasionadas ao longo da pandemia no benefício e a alteração de seu público e valor refletiram nos números de pessoas em situação de pobreza no país (Carrança, 2021).

Entender todo esse cenário implica reconhecer seus múltiplos ângulos que não o equiparam às pandemias anteriores. Ao considerar as nuances sociais contemporâneas que constituem o tecido no qual o Sars-Cov-2 se fez e se alastrou, vale destacar o caráter sindêmico do mesmo. Bispo e Santos (2021) nomeiam de sindemia o processo pandêmico, retirando do lugar biológico a questão e ressaltando a interação entre fatores de saúde/doença com o meio social, que produzem impacto significativo na vida das pessoas como sinalizam as origens

sociais da pandemia, sua implicação e maior magnitude vinculada a vulnerabilidades sócio-históricas e ambientais.

A sindemia, em sua caracterização, pode ser compreendida como a correspondência entre doenças e condições outras de saúde que se tornam mais prováveis de acontecer considerando aspectos da desigualdade social (Bispo; Santos, 2021). Diante disso, considerar a Covid-19 como sindemia denota reconhecer as desigualdades sociais e sua relação com a saúde como fator que agrega ao cenário, até mesmo de formação e instalação, de um vírus, sua disseminação e permanência em escala global. Não se exclui o caráter biológico e orgânico da questão, mas soma-se a ele o aspecto político que rodeia uma sociedade e a nutre em suas camadas. Aspectos como a pobreza, a fome, o desemprego e a miséria são justamente o caldo nos quais uma sindemia ganha forma e contribuem para uma compreensão biopolítica.

Ainda se tratando do caráter sindêmico, cabe salientar que muitas das medidas protetivas para evitar a proliferação do vírus foram em desconformidade com a realidade de centenas de pessoas, seja pela ausência de espaço amplo e arejado em suas moradias para evitar o contato direto e próximo uns com os outros, ou mesmo pela profissão exercida e que diz do histórico colonial do Brasil. Uma trabalhadora doméstica, nos tempos de reclusão, foi considerada “serviço essencial” para seus patrões, ao mesmo tempo que precisava da renda para garantir a comida na mesa e o pagamento do aluguel. Fatores biológicos considerados de risco – diabetes, hipertensão – não são excluídos, mas somam-se a uma questão maior, ou seja, as desigualdades sociais (Moreno; Matta, 2021; Bispo Santos, 2021; Schmidt *et al.*, 2021).

Mesmo considerando os estressores do momento adverso pandêmico, muito da crise experienciada e das reações fruto dela foram lidas de forma individualizada e patológica. Aqui, cabe destacar que não se nega os impactos psíquicos de se atravessar uma pandemia, principalmente considerando a realidade brasileira, mas compreende-se de forma plural e articulada os componentes do momento atípico e não reduzido ao caráter da individualidade. Dados do Instituto Ipsos colaboram com a questão ao apontar que 53% dos brasileiros consideram uma piora em sua saúde mental sob o pretexto da pandemia de Covid-19 (BBC News Brasil, 2021).

Porém, a demanda de saúde mental no país já chamava atenção por se aparentar crescente. Dados de um relatório da OMS de 2017 apontaram o Brasil como o país com a maior prevalência de transtornos de ansiedade entre toda a América, tendo 9,3% ou 18,6 milhões de pessoas com essa queixa/diagnóstico (OMS, 2017). A necessidade de um olhar cuidadoso no âmbito da saúde mental e de investimentos no setor não é recente, o aumento das queixas e

diagnósticos segue um fluxo contínuo e crescente de adoecimentos que passaram a ter como uma das bases para o tratamento o consumo de fármacos.

Nesse contexto, o estudo desenvolvido por Garcia *et al.* (2021) destaca o massivo investimento do MS na compra de psicotrópicos, movimento que ocorreu no mesmo momento em que os diagnósticos e uso de fármacos como intervenção médica acendiam socialmente. Os autores vinculam o agigantamento dos números de diagnósticos e de verbas destinadas ao consumo de psicotrópicos ao retorno da lógica manicomial e de contrarreforma psiquiátrica que já estava em vigor pela então agenda de governo. Eles discorrem ainda sobre a parceria efetiva entre a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o MS, que, voltados para a medicalização do social, tornaram ainda maior a demanda de fármacos para esse fim na Rede Pública e mantiveram em segundo plano a possibilidade de reaver o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A concepção estritamente biomédica da pandemia reforçou o discurso sobre os cuidados em saúde atrelado ao tratamento/inibição do vírus ao corpo biológico. Autores como Affonso *et al.* (2021) chamam atenção para a multicausalidade do Sars-CoV-2, que demanda uma assimilação muito mais situada ao ambiente sócio-histórico do que individualizada no orgânico. A mesma pesquisa, realizada em Belém (PA), chama atenção para a ação centralizada no modelo hospitalocêntrico e focada na medicalização, o que não difere dos demais estados brasileiros, deixando à margem, ou mesmo ausente, uma atuação considerando os impactos na saúde mental.

Há de se considerar ainda a Covid longa como uma questão residual do que foi a pandemia. Para muitas pessoas, o período pandêmico não terminou e não há sinais de quando os sintomas que se estabeleceram durante a contaminação cessarão. Dentre alguns dos quadros permanentes associados a Covid longa, têm-se a queda de energia e disposição para o exercício de atividades diárias comuns, a danificação de vasos sanguíneos – podendo causar fluxo anormal e coagulação – problemas cardíacos e cardiovasculares, quadros de enxaqueca paralisantes, tremores internos – sensação de vibração dentro do próprio corpo que pode impedir o caminhar – falta de ar e dificuldade de respirar ou fazer atividades que exigem certo esforço físico, além de dano no sistema nervoso autônomo, inflamações no sistema digestivo e enfraquecimento muscular (BBC News Brasil, 2024).

Todos esses sintomas residuais da contaminação pelo vírus do Sars-Cov-2 não só afetam diretamente o organismo em seu aspecto biológico, como também a sociabilidade, interação e saúde mental. Questões simples do cotidiano, como abrir uma lata, fazer uma caminhada ou se sentir firme de pé, tornam-se desafios a serem entendidos e trabalhados por aquelas/es que

convivem com a doença. Toda essa sintomatologia remanescente contribui para o isolamento social, dificuldade na execução de tarefas diárias e de interação, tornando ainda mais difícil para os sujeitos que a sentem retomar o que faziam anteriormente a crise sanitária. Compreender esses aspectos e seu impacto na saúde mental é necessário, haja vista o caráter novo da doença e de seu impacto social (BBC News Brasil, 2024).

Para Segata e Löwy (2024), é possível definir a Covid longa como uma nova entidade de categorização que se dá após um quadro de Covid-19. Os autores salientam que, mesmo que ainda imprecisas, as pesquisas apontam para a permanência de sintomas da síndrome a longo prazo, o que afeta diretamente o exercício de atividades cotidianas e as relações sociais, principalmente considerando o fim da pandemia já decretado. Ambos estão de acordo ao relacionar o fim do período pandêmico à conjuntura social e ao que a comunidade considera ou não enquanto tolerável de se administrar dentro de uma “normalidade”.

Não obstante, destacam que a extensão sintomática e do quadro de saúde do paciente o transforma em uma nova versão, uma vez que é necessário adaptar-se ao espectro sintomatológico para dar continuidade, mesmo que deficitariamente, as atividades e a rotina. Examinar com cautela e de forma geral essa situação é necessário, uma vez que a Covid longa pode se relacionar com a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) – ansiedade, depressão –, o que contribui para a compreensão de que não estamos falando de pessoas que consomem medicamento psicotrópico com queixas de saúde mental desvinculadas da pandemia da Covid (Segata; Löwy, 2024).

Sobre a relação psicotrópico-Covid-19 na atualidade, Diogo *et al.* (2023) apontam para uma série de dados que corroboram um aumento significativo de uso/consumo desses fármacos e citam Gonçalves (2020), que chama atenção para o aumento nas vendas de Rivotril (clonazepam) no período pandêmico. O pesquisador e as pesquisadoras encontraram dados que colaboram para uma compreensão vinculativa entre o estresse causado pelo coronavírus e todo o contexto social político e o aumento do uso de fármacos, com destaque para informação que o mês de julho de 2020 teve a maior dispensação de benzodiazepínicos, sendo, concomitantemente, o mês mais letal da Covid-19 no país.

O debate sobre como o governo lidou com a questão da saúde mental na pandemia se estende, trazendo à tona várias lacunas relacionadas a uma ausência de políticas e até mesmo consideração do sofrimento mental diante de um cenário novo, doloroso e com diversos desdobramentos. Esse impacto na saúde mental, desconsiderado pela gestão da época, envolve fatores como perda e diminuição de emprego e renda, perda de pessoas queridas e impossibilidade de lidar e expressar o luto, assim como a sobrecarga das/os trabalhadoras/es da

saúde, que se viram por vezes desamparados diante de uma crise em saúde global. Essas questões, se descontextualizadas de um momento atípico, estão sujeitas à patologização individual e cuidado restrito ao medicamento (Ferguson, 2023).

Nossa sociabilidade atual é completamente atravessada pelo que foi vivenciar a pandemia enquanto povo brasileiro. Há de se considerar todos os aspectos particulares descritos anteriormente que fazem da pandemia de Covid-19 no Brasil um momento dissidente do que foi experienciado em outros países. Cabe citar um trecho das considerações finais do estudo desenvolvido por Brandão, Mendonça e Sousa (2023, p. 73) que sintetiza bem essa questão:

Ao perceber, por meio deste estudo, que o desgoverno brasileiro contribui fortemente com a atribuição ao País de uma das maiores taxas de mortalidade por Covid-19 no mundo, e que essas mortes refletem o processo histórico de acirramento das desigualdades no País, incidindo fortemente sobre populações socialmente marginalizadas, é possível concluir que ao longo da pandemia esteve em curso uma necropolítica no Brasil.

No município de Juiz de Fora – que tem sua população em torno de 568.873 habitantes –, dados do estado de Minas Gerais apontaram para o acúmulo de 125.727 casos confirmados de Covid-19 e 3.251 óbitos, também acumulados, pela doença ao longo do período pandêmico agudo-crítico (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2024). No painel regional desenvolvido pela prefeitura do município, constam 78.876 casos confirmados e 2.420 óbitos (PJF, 2024). Importante considerar nesse montante as subnotificações tanto de contágio quanto de óbito, que marcaram o período a nível nacional em vista de uma forma de trabalhar em saúde que precisou ser aprendida na prática, em meio a uma crise política, social, de gestão e econômica e a frequência de alimentação das plataformas com dados recentes, que pode contribuir também para a dissonância dos números.

O bairro Linhares se configura entre os 10 primeiros nos casos confirmados da doença, de acordo com o Painel Covid-19 Juiz de Fora, que possivelmente faz referência ao período agudo-crítico de contaminação – ainda que o site seja atualizado constantemente, não há data sobre essa informação. As informações disponibilizadas apontam para o total de 675 casos confirmados da doença na localidade e 2.934 casos suspeitos e apontam para um perfil epidemiológico do município com maior prevalência de casos confirmados sendo do sexo feminino (51,6%) em detrimento do masculino (48,4%) (PJF, 2024).

Como pessoa, cidadã brasileira, profissional da psicologia e pesquisadora comprometida com o processo histórico que constitui o Brasil e reconhecendo a mancha de sangue que recai sobre o período da Covid-19 no país, registro o meu pesar pelas milhares de

vítimas fatais do vírus e pela dor de suas/seus familiares e entes queridos. Há vazios que nem mesmo o tempo, em sua extensão e magnitude, dá conta de amenizar. Listo aqui alguns nomes e desdobramentos da CPI da Pandemia (Senado Federal, 2021), para que o assombro do esquecimento não toque alguns dos responsáveis.

JAIR MESSIAS BOLSONARO: Indiciado por epidemia com resultado morte, infração de medida sanitária preventiva, charlatanismo, incitação ao crime, falsificação de documento particular, emprego irregular de verbas públicas, prevaricação, **crimes contra a humanidade (nas modalidades extermínio, perseguição e outros atos desumanos)**, violação de direito social, incompatibilidade com dignidade, honra e decoro do cargo. Mais detalhes no Relatório Final da CPI da Pandemia (Senado Federal, 2021, p. 1059 - *grifo próprio*).

EDUARDO PAZUELLO: Epidemia com resultado morte, emprego irregular de verbas públicas, prevaricação, comunicação falsa do crime, **crimes contra a humanidade (nas modalidades extermínio, perseguição e outros atos desumanos)**. Mais detalhes no Relatório Final da CPI da Pandemia (Senado Federal, 2021, p. 1059 - *grifo próprio*).

MARCELO ANTÔNIO C. QUEIROGA LOPES: Epidemia com resultado morte, prevaricação. Mais detalhes no Relatório Final da CPI da Pandemia (Senado Federal, 2021, p. 1059).

FLAVIO ADSUARA CADEGANI: **Crime contra a humanidade**. Mais detalhes no Relatório Final da CPI da Pandemia (Senado Federal, 2021, p. 1068, *grifo próprio*).

Não esqueceremos.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA, CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOFÁRMACOS

Como espaço de saúde referência em territórios distintos, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o terreno onde se entende ser possível compreender às questões de objeto e foco da pesquisa e seu dinamismo na vida comum das pessoas que acessam e estão referenciadas em tal equipamento. Dessa forma, fez-se possível localizar o estudo em um serviço público de saúde que, mesmo não sendo especializado, seja no que tange a saúde mental e o receituário de psicofármacos, o faz partindo de uma perspectiva ampliada de saúde, circunscrita em uma metodologia e em diálogo com o território em que se insere (Secco; Tesser, 2023).

No que diz respeito à questão da saúde mental, ainda que não seja o equipamento de referência para acesso aos dispositivos e serviços especializados no assunto, é pela APS que a população adentra à rede de saúde pública, é referenciada e obtém atendimento e acesso às medicações. As premissas da APS, em consonância com o SUS, permitem que esse espaço desenvolva ações voltadas para o tratamento e cuidado em saúde mental, através do trabalho multidisciplinar, o que não isenta esse espaço da responsabilidade de desenvolver estratégias, ações e acompanhamento dos casos de saúde mental/sofrimento psíquico dentro do território que se efetivam através das UBS (Ministério da Saúde, 2013).

A APS tem na ESF a sistematização do trabalho que é realizado/ofertado pelo serviço enquanto um braço das Políticas Públicas em Saúde (PPS). Conforme as prerrogativas do SUS, a ESF deve ter sua equipe composta por, no mínimo: médico e enfermeiro (seja clínico geral ou especialista em Saúde da Família, Família e Comunidade), auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a equipe profissionais da saúde bucal, sejam cirurgião ou técnico. Cada equipe da ESF pode ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, número que pode variar de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias, que deve ser considerada e avaliada pelos profissionais (Ministério da Saúde, 2024).

Há em curso, desde a proposta e efetivação da EC 95/2016, conhecida popularmente como a “Emenda do Teto de Gastos”, um processo de desmonte dessa e das demais ações que viabilizam a prática efetiva do SUS em todo território nacional. O projeto, que foi aprovado e posteriormente revogado, vinculou os investimentos em saúde de acordo com o processo de inflação do país, o que limitou e diminuiu os investimentos em saúde pública. Mesmo com sua revogação, uma desarticulação dessa política segue em andamento, principalmente considerando o histórico da gestão federal no país – a proposta foi votada e aprovada durante o governo de Michel Temer (2016-2019), revogada e reformulada na gestão de Bolsonaro (2019-2022) (Pessoa, 2021; Lacerda, 2023b).

A RAPS, outro braço componente da APS e que faz parte do todo que abarca o SUS, também foi alvo constante de desmontes e desinvestimentos. Seu posicionamento, enquanto equipamento de saúde, além de estratégico, é extremamente necessário, haja vista o histórico manicomial que assola a doença mental, como ela é percebida e entendida socialmente no país. Em sua definição, consta que

A RAPS é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantia da integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, s/p, 2024).

O processo de desarticulação e desinvestimento desses setores da saúde pública ocorreu, inclusive, em paralelo ao colapso vivido pelo SUS durante o manejo da Covid-19 nos hospitais, leitos de UTI Covid e nos demais níveis de atenção (secundária e terciária). A Reforma Psiquiátrica (RP), movimento para o fim das instituições manicomiais no país, nunca esteve tão fragilizada, e a população à margem (os “loucos”, “drogados” e “viciados”) viu se aproximar, de forma cada vez mais gradual, seu retorno para as instituições corretivas e punitivistas, os manicômios. De acordo com Neves e Carvalho (2022, s/p),

O modelo manicomial é um padrão de tratamento pautado na hospitalização e no enclausuramento de pacientes em locais conhecidos como manicômios ou hospícios, cujas abordagens envolvem medicalização excessiva, vigilância ininterrupta e práticas graves de violência, como o uso de camisas de força e choques elétricos.

Para ilustrar a questão, convém citar algumas das normativas aprovadas na gestão de Temer (2019-2022), concomitantes ao período pandêmico agudo, que tornam explícitas o processo de fragmentação e fragilização do cuidado em saúde mental. Através da Lei nº 13.840, em março de 2019, o governo inaugura uma série de práticas em desacordo com a RP e facilita a internação compulsória de pacientes adictos em clínicas psiquiátricas, além de abrir espaço para as Comunidades Terapêuticas, em sua maioria privadas e vinculadas à aspectos religiosos (Júnior, 2019).

Pouco tempo depois, a Lei nº 13.840/19 é sancionada, flexibilizando os requisitos necessários para internação em leito de saúde mental. Anteriormente sendo apenas via meio judicial, agora, a partir de 2019, a decisão está a cargo da classe médica, que pode prescrever o período de até 90 dias tangente aos órgãos de justiça e fiscalização, incluindo o Ministério Público (MP). Essa facilitação caminhava em retorno ao que foi o trato de saúde mental

exercido para com os pacientes, de forma arbitrária e controversa, vide os casos de abuso, violência e sujeição que vieram à tona no Hospital Colônia, em Barbacena (MG) (Arbex, 2013; Neves; Carvalho, 2022).

Durante todo o ano de 2019 e nos subsequentes, uma fragmentação da RAPS se efetivou, impactando diretamente a vida das/os profissionais da ponta e dos sujeitos que acessam e precisam do serviço. Foi nesse período que o também Projeto de Lei nº 37/2013 foi aprovado, com intuito de ampliar os repasses de verba para as Comunidades Terapêuticas, fortalecendo essas instituições e possibilitando sua extensão pelo país. Com endurecimento no tratamento de pessoas adictas, o projeto é mais uma das ferramentas que o poder público, caminhando em direção ao retrocesso, institucionalizou, passando a utilizar esse instrumento no processo de criminalização das drogas e de usuárias/os (Mori, 2019; Neves; Carvalho, 2022).

Essas regulamentações vão na contramão da RAPS, da APS e do próprio SUS, que, enquanto sistema de saúde, preza pela integralidade e territorialidade do cuidado. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua mais recente versão, reforça tanto o caráter vinculativo da ESF e das práticas desenvolvidas em âmbito da saúde quanto a importância de se construir, junto à população, estratégias em cuidado que sejam dinâmicas, acolhedoras e possíveis nas comunidades do país. É importante destacar essa última questão, uma vez que a APS se estende por todo território nacional, abrangendo inclusive comunidades ribeirinhas, populações indígenas e pessoas do campo (Ministério da Saúde, 2023).

Ao entender a posição da APS enquanto porta de entrada da rede em saúde pública, de matriciamente e acompanhamento comunitário junto do território, torna-se possível uma perspectiva ampliada do que foi a pandemia de Covid-19 vivenciada pelas/os profissionais desses equipamentos e a repercussão desse fenômeno junto às desigualdades sociais. Durante o período pandêmico a APS foi um ponto central de atuação junto à população, inclusive por poder usufruir da territorialização enquanto ferramenta nos casos de disseminação de informações verídicas e identificação de pessoas infectadas. Daumas *et al.* (2020) destacam as possibilidades de ação a serem desenvolvidas nesse estágio e o papel das/os ACS na identificação, seja de casos de contaminação pelo vírus ou mesmo de maior exposição às vulnerabilidades.

Mesmo atuando no diagnóstico, acompanhamento dos casos, monitoramento e vigilância nas comunidades e zonas mais expostas à contaminação da Covid-19, esse serviço vem sofrendo com o desmonte de um de seus aportes, a ESF, que vê a redução de seu orçamento, que está sem reajuste desde 2012, em descompasso com os repasses federais

continuamente atualizados para a APS, ainda que se possa problematizar a extensão e capacidade de abrangência dos tributos direcionados (Mendonça *et al.*, 2023).

É nesse processo de enfraquecimento e redução da ESF que os psicofármacos, como meio de tratamento em saúde mental, acabaram por se tornar uma das ferramentas mais utilizadas no que diz respeito ao entendimento e cuidado desse âmbito. Ancorados na Teoria do Desequilíbrio Químico (TDQ), fundamentada nos Estados Unidos da América (EUA) em 1965, são utilizados em larga escala, ainda que estudos – desde a época até o período recente – apontem não para uma correção do que a psiquiatria hegemônica entende como um transtorno, mas para a modificação neuroquímica do cérebro, incluindo o risco de dependência e cronificação do problema (Whitaker, 2017; Secco; Tesser, 2023).

A título de aprofundar a discussão sobre o saber biomédico hegemônico e a atual compreensão e conceitualização de saúde mental, convém construir uma ponte com Nikolas Rose (2013), que estuda o movimento social contemporâneo da psiquiatria e do sofrimento psíquico e respalda o advento da medicalização com reflexões antropológicas sobre o tema. O autor discorre sobre o que se pode entender enquanto um embotamento afetivo que deságua no mapeamento estritamente cerebral dessas questões. Logo, se o rebaixamento do humor, ou mesmo energético, impele o sujeito de estabelecer relações dentro do que se considera satisfatório socialmente, cabe direcionar mudanças ao cérebro para que o cenário mude. O “si-mesmo neuroquímico”, como o autor citado nomeia, é justamente esse movimento de causa-consequência cerebral.

Há um enquadre dos diagnósticos, uma individualização da questão *psi* que é despejada na conta do sujeito e em seu cérebro. Se há desajuste, o psicotrópico tem a função de viabilizar uma correção, um enquadre e ajuste do que é lido como a tangente, que foge dos padrões de normalidade. O neuroquímico não se distância do si-mesmo, pelo contrário, soma-se a ele como artifício de tornar o *si* cada vez mais *si* e menos contextualizado dentro de um panorama maior. Os remédios, segundo o autor, assumem um lugar – por vezes sacralizado – de promessa: eles dão vazão a esperança de se tornar melhor, menos pior ou mesmo de se retornar o si-mesmo originário, ao *si* entendido como natural, orgânico (Rose, 2013).

O saber médico-psiquiátrico/psicológico não é mais uma particularidade das áreas da saúde/humanas, mas ganha popularidade e se alastra no senso comum. Não é mais necessário um especialista para se dar um diagnóstico, o sujeito aprende o nome que enquadra aquilo que sente em uma categoria. O profissional agora entra como a ponte entre a prescrição e o fármaco, entre um comportamento desajustado e uma possibilidade de retorno à normalidade. A expansão da compreensão neural e química, estritamente, dos comportamentos humanos

fomenta a redução da saúde mental a molécula, possível de reparo, modulação e de manejo com as tecnologias artificiais construídas para esse fim (Rose, 2013).

Diante desse cenário, há de se considerar que o advento das “pílulas mágicas” não trouxe consigo uma transformação do panorama em saúde mental: a proporção de pessoas adoecidas mentalmente cresce, sendo que a cartela de psicotrópicos na atualidade é ainda mais extensa do que a datada do início do uso de fármacos para esse fim – data de 1950 a associação médica e da indústria farmacêutica nos EUA (Whitaker, 2017). Localizando a questão na realidade brasileira, dados do Ministério da Previdência Social (MPS) de 2023 apontam que 288.865 afastamentos do trabalho foram justificados por queixa de transtornos mentais, um crescimento de 38% em relação a 2022 (Pimenta, 2024).

Há um descompasso perceptível nesse arranjo, afinal em termos de proporção e com base na compreensão biomédica, seria possível inferir que quanto maior o avanço das tecnologias médicas e farmacêuticas voltadas para a questão, maior seria o índice de tratamento eficaz ou mesmo recuperação. Essa desproporção entre os fatores psicofármacos e saúde mental contribui para a percepção e inferência de que questões sociais e culturais influenciam diretamente no processo de saúde-doença e não são abarcados pelo consumo de psicofármacos, reiterando as desigualdades sociais como fator de risco, exposição e mesmo permanência de quadros/queixas de saúde mental (Amarante, 2017; Whitaker, 2017).

No que diz respeito ao sofrimento psíquico, situado no tempo/espço que o abarca, o mesmo pode ser compreendido partindo-se de um lugar macro, que não diz de sua universalidade, mas do seu entendimento enquanto fato social. O período histórico nos viabiliza um discernimento do que constitui o sofrer no passado e na atualidade, partindo da premissa que não se sofre da mesma forma. As transformações contemporâneas não só moldam outras formas de se fazer sujeito, individualmente, mas também como se expressa o sofrimento, enquanto sintoma, mergulhado em um arcabouço maior. Se há novos padrões de adoecer-sofrer, logo há novas formas de padecimento pela degradação psíquica e têm-se nos fármacos uma tentativa de restauração de um ser que sofre, mas tem a dor reduzida ao biológico (Perrusi, 2015).

Nesse ponto, cabe um questionamento: seria então, os sujeitos consumidores de psicofármacos um enorme contingente populacional crescente, que transita entre a linha ténue da normalidade? Aqui, é significativo retomar Canguilhem (2024) e a compreensão do normal e do patológico que esse autor nos viabiliza. De acordo com seus estudos, é possível conceber a medicina e os saberes médicos vinculado a vida humana justamente pelo fato de se tratar do

que os próprios humanos nomeiam como patológico, que são comportamentos e atitudes capturados e considerados de polo negativo dentro da dinâmica cotidiana e relacional.

A estrutura da norma e da patologia são fixadas em polos extremos, o que viabiliza o contraste entre atitudes e comportamentos entendidos dentro dessa dinâmica. O patológico não é entendido aquém da norma ou não vinculado ao biológico, mas um extremo desse dinamismo que ocorre em movimento durante o processo de saúde-doença. Essa leitura nos permite um entendimento do patológico situado não como a ausência da norma, mas como uma expressão diferente dela. Relacionado a isso, Canguilhem (2024, p. 96) expressa,

Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. [...] O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida.

De acordo com essa premissa, a doença ou patologia não são entendidas como tangentes à vida, mas sim como uma nova forma e dimensão dessa e os medicamentos seriam ferramentas de suporte e retorno para o que se nomeia e socialmente é posto como natural, algo controverso uma vez que a patologia não deixa de ser um estado natural diferente, porém, orgânico. Já a saúde é compreendida como um conjunto de comportamentos e atitudes que são toleráveis pelos sujeitos e variam dentro da norma, do normativo. Não exclui a doença, mas se fundamenta na capacidade de se restabelecer diante dela, sendo superior a própria norma. Em relação a saúde mental, o normal para o autor implica o questionamento das próprias normas, podendo tangenciar a loucura. Coelho e Filho (1999, p. 24) salientam,

No que se refere ao psiquismo humano, para Canguilhem, a norma é a reivindicação e o uso da liberdade para a revisão e a instituição de normas, o que implica “normalmente” o risco da loucura. Quem pode sustentar que o anormal não obedece às normas? Ele pode ser anormal justamente porque as obedece em demasia.

Esse panorama nos remete ao clássico “*O Alienista*”, de Machado de Assis (1992), obra em que o conceituado alienista, dotado de estudos sobre o psiquismo e a saúde mental das pessoas, Dr. Simão Bacamarte, em um movimento de tratar as mazelas entendidas por ele como prejudiciais para a sociedade, acaba por reprimir e enquadrar todas/os aquelas/es que eram considerados por ele anormais, ou seja, sofriam por alguma patologia ou desajuste cerebral. Nesse contínuo, Bacamarte acaba por internar praticamente toda a população de Itaguaí e então, ao se deparar com o enclausuramento em massa que ocasionou, questiona-se se não seria ele o

louco, por estar tão disposto a seguir à risca os padrões de normalidade e de comportamentos entendidos como adequados e normativos.

Essa questão nos convida a reflexão sobre o número de pessoas que atualmente consomem psicofármacos, possuem um diagnóstico em saúde mental e são enquadradas nas categorias de patologia. Das (2023) nos instiga a pensar sobre a loucura imersa no cotidiano e em como sua expressão no sofrimento mental nos diz da maneira desenvolvida para lidar com uma questão que se relaciona com o externo. As formas de cuidado aperfeiçoadas socialmente com intuito de cuidar e tratar o mal-estar expresso, quando individualizadas, são postas sob a responsabilidade dos sujeitos e tendem a recair no trato individual da questão, não tão distante do proposto pelo temido Dr. Bacamarte.

Nesse manejo de compreensão distorcido do transtorno mental, medicamentarizar torna-se um dos artifícios de lidar individualmente com um sofrimento que se relaciona também com fatores externos aos sujeitos. Perrusi (2015), que, ao assinalar o lugar do psicotrópico na gestão, inclusive em rede e sua ação, nomeia enquanto “felicidade química” o processo em que esse movimento se dá. Segundo o autor, o entorpecer é direcionado a dor física, e não viabiliza a compreensão de aspectos da sociabilidade e do próprio sofrimento em si, sua amplitude e como se expressa nos diversos âmbitos da sociabilidade dos sujeitos.

Como resultado desse arcabouço e com a lente interseccional de gênero, tem-se uma discrepância de quadros/queixas de adoecimento/sofrimento mental que nos aponta para outra lacuna em saúde. Dados do relatório intitulado “Esgotadas!”, da Organização Não-Governamental (ONG) Laboratório *Think Olga*, apontam para uma lacuna significativa quando se trata dos TMC, que assolam de forma discrepante as mulheres em detrimento dos homens. Em pesquisa realizada por essa instituição, das 1078 mulheres entrevistadas, de todas as regiões do país e considerando fatores interseccionais – raça, classe, idade, território, orientação sexual –, quase metade já foi diagnosticada com algum transtorno mental, sendo as principais queixas de ansiedade, depressão e síndrome do pânico (Think Olga, 2023).

Um dos principais fatores, associado à desigualdade de gênero e à base patriarcal da sociedade, é a disparidade de renda/financeira que está vinculada ao processo de feminização da pobreza. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022 apontam que cerca de 32,3% das mulheres do país estavam abaixo da linha da pobreza, sendo essa a situação de 41,3% das mulheres pretas ou pardas contra 21,3% das mulheres brancas que residem no Brasil. No país, são as mulheres pretas e pardas as mais afetadas pela desigualdade social, seja na educação, no mercado de trabalho, na renda e na representatividade política (Cabral, 2024).

Esse panorama vai de encontro aos dados sintetizados no relatório “Esgotadas!”, que foi realizado em 2023 com intuito de compreender o estado da saúde mental das mulheres do país e a relação com a pandemia da Covid-19. Constata-se nessa pesquisa que o empobrecimento das mulheres vinculado à sobrecarga atribuída ao papel de cuidadoras deságua em um panorama de maior sofrimento/adoecimento mental, sendo a pandemia um agravante dessa situação. De forma global, o período da crise sanitária, já em 2020, apontava para um tensionamento da saúde mental da população. Estima-se que, ao todo, 67% dos novos casos de transtornos depressivos e 68% dos novos casos de ansiedade registrados foram em mulheres, variando a faixa etária conforme o adoecimento (Think Olga, 2023).

Nesse cenário, se são elas as mais adoecidas mentalmente, são também as que mais consomem psicofármacos. Essa questão compõem o nó das desigualdades sociais em saúde e da construção da mulher na sociedade, estando relacionada inclusive ao mercado farmacêutico, já que são as mulheres que têm a imagem vinculada de forma maçante nas publicidades de remédios, o que contribui para uma visão médica de maior diagnóstico e prescrição para esse público e solidifica aspectos que dizem da construção da psiquiatria e do saber médico hegemônico voltado para intervenções e patologização do corpo feminino (Vieira, 2002; Silva *et al.*, 2016).

Esse panorama corrobora a premissa de que a posição social dos sujeitos está intimamente ligada com aspectos vinculados ao processo de saúde-doença. O movimento sócio-histórico não só impacta na forma estrutural da sociedade, mas também na reprodução de modos de vida, de práticas de cuidado e de percepção/entendimento do que é saúde e do que é doença. Barata (2009) nos chama atenção para o vínculo existente entre as desigualdades sociais e a saúde, de modo que, em uma posição social desigual, os sujeitos são expostos a determinados estressores, o que possibilita quadros e sintomas patológicos em saúde mental.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que as desigualdades não se situam fora de um contexto histórico político, pelo contrário, dizem respeito, inclusive, às normativas do sistema no qual se inserem. Em uma sociedade neoliberal, há uma tentativa de enquadramento, até mesmo de aspectos subjetivos, que estabelece um esforço por gerir as subjetividades de sujeitos e populações (Dardot; Laval, 2016). Podemos ampliar a percepção desse processo partindo da possibilidade de gestão também de aspectos da saúde mental das pessoas, seja através do entendimento da demanda, da nomeação ou mesmo de um enquadramento clínico.

Vale retomar algumas informações, em nível macro, para embasamento da discussão. Dados do relatório produzido pelo Observatório Brasileiro das Desigualdades apontam, por exemplo, a disparidade entre os mais ricos e os mais pobres no país: 0,01% dos mais ricos e o

rendimento médio de 10% dessa população é 14,4 vezes maior do que os 40% mais pobres (Lacerda, 2023a). Questão essa que também foi discutida no relatório “Direitos Humanos em tempos de austeridade”, organizado pelo OXFAM Brasil (2017). As informações desse documento apontam para a disparidade de renda entre a população brasileira, sendo a concentração de renda dos 1% mais ricos do país a maior do mundo (OXFAM, 2017).

A compreensão de uma conjuntura que, em sua totalidade, caminha em pé de desigualdade social viabiliza um entendimento do momento no qual o Sars-Cov-2 adentrou a realidade e contribui para situar as questões de saúde mental, contextualizando-as com o tempo/espaço presente. Considerando esses preceitos, faz-se possível uma percepção de sujeito alocada em sua realidade e não reduzida a sua individualidade. Assim, visualizar de forma mais ampla a questão das desigualdades sociais, saúde mental e o consumo de fármacos implica também em questionar a ideia de uma epidemia de transtornos mentais, muito veiculada pela mídia na contemporaneidade (Soalheiro; Mota, 2014).

Um olhar crítico e cauteloso é cabido nessa discussão, uma vez que muito sobre uma “4ª onda”, sendo essa de saúde mental, foi difundido pelos meios de comunicação, reduzindo e alocando no período pandêmico todo mal-estar e adoecimento e desconsiderando os processos de desigualdade anteriores que contribuíram para uma maior degradação na realidade de milhões de brasileiras/os. A pandemia da Covid-19 contribuiu para aprofundar a lacuna que atravessa a constituição de uma sociedade tão desigual quanto a do Brasil, tornando ainda mais incipiente o acesso aos direitos e fragmentando perspectivas de cuidado em comunidade, que, ancorados no discurso da época, foram alocados na individualidade dos sujeitos (Biernath, 2021).

Nessa seara, é o sofrimento mental, composto pelas desigualdades sociais e em saúde, que no movimento de ser capturado pelo mercado acaba desaguando em uma avalanche de diagnósticos e de consumo de fármacos, alinhado à compreensão estritamente cerebral dos transtornos mentais e muitas vezes descolado de seu arcabouço histórico. Um bom exemplo, conforme Soalheiro e Mota (2014) apontam, é o fato de que o DSM, instrumento utilizado principalmente na clínica psiquiátrica-psicológica, é um “Manual americano pensado para americanos” do Norte, no caso – destaque necessário.

Convergente a esse processo, nomeia-se enquanto medicalização justamente esse movimento de tornar atos componentes do dia a dia comum e atrelados aos fatores externos socioculturais passíveis ao lugar desse saber hegemônico e biológico da medicina. Nesse processo de medicar o que se entende enquanto trivial, experiências singulares que

movimentam diferentes emoções – sejam elas desejáveis ou não – são lidas não partindo de seu lugar social, mas enquanto uma questão de saúde individual (Freitas; Amarante, 2017).

Em consonância com esse movimento, tem-se a medicalização, termo muito utilizado para direcionar o debate, abraçando a questão dos psicotrópicos e que se caracteriza pelo incentivo ao uso de fármacos como tratamento, por vezes único, ou mesmo de resposta mais rápida e eficiente para uma determinada questão. Em relação à saúde mental, os medicamentos ganham outra roupagem, pois são atrelados também à possibilidade de adaptação, funcionalidade e melhor desempenho nas relações sociais, impactando diretamente a percepção que o sujeito tem de si mesmo e de suas formas de se expressar no mundo (Molck; Barbosa; Domingos, 2021).

Nesta dissertação, fundamentadas na discussão proposta por Zorzanelli, Ortega e Bezerra-Júnior (2013) e com intuito de direcionar a questão para o uso/consumo de psicofármacos enquanto uma das estratégias adotadas para cuidado em saúde mental, será utilizado o termo medicalização. Essa escolha se faz considerando os tensionamentos envoltos do termo medicalização, sua abrangência e possibilidades múltiplas de significado. Ao dizer do poder médico, em sua hegemonia e em acordo com a autora e os autores referenciados anteriormente, sua amplitude acaba por não viabilizar uma percepção acerca das especificidades e possíveis níveis de ocorrência.

No que diz respeito à essa escolha, cabe considerar o processo histórico que perpassa o conceito de medicalização, que da década de 70 em diante passa a ser refletido e por vezes criticado por diversas áreas e perspectivas em saúde, que diz de uma extensão para além da questão médica em si. Esse panorama vai de encontro à reflexão proposta por Zorzanelli, Ortega e Bezerra-Júnior (2013, p. 1865) que ao concluir a discussão, reforçam

Observou-se ainda que o conceito (medicalização) se tornou amplo o suficiente para subsumir objetos dispares (crianças, adultos, corpo feminino, masculinidade, tristeza) e contextos diferenciados (desigualdades em saúde, presentes nos países em desenvolvimento, ou diferenças nos sistemas de seguro saúde, e entre diferentes países). Assim, a força do termo como instrumento teórico se perde, pela excessiva amplitude que abrange.

O processo de medicalização não caminha em paralelo ao percurso social, mas interligado e em acordo com a sociabilidade e a cultura. Quando se fala de intervenções, médicas ou farmacológicas, há um rompimento com a ideia privada do corpo, que tem para si o direcionamento de técnicas e ações que são construídas no coletivo e afetam diretamente a interação dos sujeitos. Os psicofármacos, enquanto instrumento da medicina hegemônica, ainda

que construídos para um entendimento individual, ou seja, é o sujeito que maneja seu uso e sente seus efeitos, expressa-se também na sociedade, afetando a forma de se relacionar e vincular dos sujeitos, seja com os demais ou mesmo com o sofrimento mental em si (Czeresnia, Maciel, Oviedo, 2013; Whitaker, 2017).

Todo esse arcabouço se evidencia no consumo de psicotrópicos de forma robusta e contínua no país, conforme apontam os dados do Conselho Federal de Farmácia (CFF) de 2020, que sinalizam um aumento do uso em 8% entre os anos de 2017 e 2020, chegando aos 17% no ano de emergência da Covid-19. Mesmo não vinculado ao SUS, essas informações apontam para um cenário de gradual acesso a esse artifício como tratamento e cuidado em saúde mental (Américo, 2021). É possível compreender esse crescimento atrelado a um entendimento reduzido e distorcido da saúde, que deságua em um movimento progressivo de consumo de psicotrópicos e de intervenções cada vez mais pautadas nessa perspectiva justamente por desconsiderarem aspectos constituintes da realidade social dos sujeitos (Alvarenga; Dias, 2021).

Gostaria de destacar que nesta dissertação utilizarei sinônimos para o termo psicotrópicos ao longo do processo de escrita, sendo eles “psicofármacos”, “medicamentos psiquiátricos”, “remédio para a cabeça” e “remédio para os nervos”. Essa escolha se dá com intuito de tornar a leitura menos cansativa e repetitiva e mais didática e acessível, considerando que, para a população geral e durante a própria confecção desse estudo, fui questionada sobre o que seriam os “psicofármacos”, que, ao serem traduzidos como “remédio para cabeça” ou “remédio para os nervos”, fez-se compreender para muitas das pessoas com quem construí esse trabalho.

Durante a RC, tive que dizer de outra forma dos psicotrópicos, após perguntar para uma moradora presente e ela me retornar com a seguinte questão “O que é isso? Aqui tem que falar a língua da gente!”. E me dei conta que, mesmo com muito cuidado, caí na cilada do academicismo nesse momento (DC, 18/10/2023).

Nesse processo de advento e uso indiscriminado de medicamentos, em conjunto com o crescente adoecimento mental da população, aspectos antes vistos como parte do cotidiano agora estão passíveis de intervenção médica, reforçando o cuidado em saúde a formas de tratamento fragmentadas e de institucionalização do sujeito. Dados do estudo elaborado por Borges *et al.* (2015) nos sinalizam para a crescente desse movimento, uma vez que o consumo de psicofármacos associado às variáveis sociodemográficas, farmacoterapêuticas, histórico de saúde e presença de TMC em uma amostra de 430 pacientes, 84,8% de mulheres, apresentou

um consumo significativo de psicotrópicos (25,8%), sendo os antidepressivos os mais prescritos (73%), seguido dos ansiolíticos benzodiazepínicos (46,8%).

Já na pesquisa elaborada por Silva *et al.* (2016), que busca caracterizar os aspectos sociodemográficos e o uso de benzodiazepínicos na APS, as autoras atentam para os resultados que corroboram o uso maior dessa categoria de psicofármacos pelas mulheres, relacionado com os determinantes sociais da saúde e o processo de medicalização da vida. O estudo aponta também para a dependência de fármacos, ponto ainda pouco explorado, e salienta que, de acordo com os critérios para diagnóstico de dependência química, observou-se que 181 (82,65%) dos sujeitos da pesquisa podem ser considerados dependentes dos medicamentos, tendo 125 desses (69,0%) certa tolerância ao fármaco e 163 (90%) sintomas de abstinência.

Mais recentemente e em consonância com a problemática, Bernieri *et al.* (2023), em uma análise do consumo de psicofármacos também na APS, aponta para um consumo maior de fluoxetina e amitriptilina entre as mulheres, 31% e 15,5%, respectivamente, na faixa etária dos 31-40 anos. Já na idade de 71-80, o fármaco mais utilizado foi o clonazepam 2,5 mg/ml (11,3%). Também vinculando às desigualdades sociais e à questão da saúde, a pesquisa aponta para as combinações entre psicofármacos que podem gerar riscos de interações medicamentosas, por exemplo, a combinação entre fluoxetina e amitriptilina, envolvendo taquicardia e possibilidade de morte súbita. O estudo corrobora a identificação das mulheres como sendo as maiores consumidoras de psicotrópicos e levanta questões para esse uso exacerbado, relacionado à baixa escolaridade, renda, desemprego e ao próprio papel social atribuído ao ser mulher.

No âmbito da APS, através da adoção de uma prática reduzida à renovação de receitas, sem obrigatoriedade do acompanhamento multidisciplinar e com retornos cada vez mais distantes das pessoas no equipamento, a medicamentação ganha mais robustez diante de um cenário de alta demanda e múltiplas ausências (Campos *et al.*, 2011). Mesmo não sendo um equipamento para atendimento específico de saúde mental, é na atenção primária que as falas sobre esse estado plural de saúde se ecoam, sendo que grande parcela da população só tem nesse equipamento uma possibilidade viável de tratamento (Gryschek; Pinto, 2015).

Por ser um serviço territorializado e em consonância com a realidade do território em que está situado, o cuidado em saúde mental nesse espaço se dá de forma diferente dos demais serviços que compõem a rede em saúde pública. Cabe destacar o papel da/o ACS, trabalhadora/or exclusivo dessa política que presta apoio junto à comunidade e atua como um elo entre o equipamento de saúde e o auxílio às demandas apresentadas. É o trabalho, regionalizado e feito junto à comunidade, exercido pela APS que faz desse nível de atenção um

local onde as queixas de saúde mental tendem a se expressar inicialmente e onde o acompanhamento dos casos se dá de forma mais contínua e próxima dos sujeitos (Nabuco; Oliveira; Afonso, 2020).

Após a vivência do período agudo da Covid-19, considerando a atuação da APS durante a crise sanitária e de acordo com estudos e dados, é possível inferir que o uso de psicofármacos foi uma das práticas – das tantas utilizadas em um período atípico – que permaneceu e tem se ancorado nesse serviço, inclusive, como forma principal de cuidado em saúde mental. Esse artifício de cuidado não é novo, como nos aponta Bezerra *et al.* (2014), pois há uma ideia associativa e linear entre sanar um problema de saúde mental atrelado ao uso de psicotrópicos e a circularidade do sintoma, que carece de ser compreendido dentro do aspecto territorial no qual está inserido e que nele emerge, mas é visto de forma isolada e descolada de um arcabouço maior.

Ainda no que diz respeito ao consumo de medicamentos na APS e como chegamos até aqui, é preciso retomar questões como a fragmentação do sujeito usuário a partir da adoção de uma terapêutica única e fomentada pela contínua renovação e prescrição de receitas. O ideal sacralizado que os psicofármacos têm ocupado, como pilar de um tratamento, fomenta seu caráter mercadológico e desconectado do arcabouço social. Cabe citar que parte dessa visão, segundo Viana e Lima (2016), advém do gargalo na formação de profissionais da área da saúde, que estudam na graduação de forma superficial a saúde mental vinculada aos fatores psicossociais, igualmente no âmbito da Psicologia.

O que fica de fora disso, e afeta diretamente nosso hoje, são os impactos pouco discutidos do consumo a longo prazo de psicofármacos que contribuem para todo esse processo, são eles: o uso de medicação de maneira abusiva – podendo levar a dependência – e as desigualdades sociais em saúde e de gênero – considerando a prevalência de mulheres nesse consumo. O movimento contínuo de renovação de receitas e o manejo do medicamento no cotidiano pelos sujeitos, aumento ou diminuição da dose e uso sem prescrição e acompanhamento médico, deve ser entendido com cuidado e considerando os agravos que o período da Covid-19 trouxe para a questão (Pereira *et al.*, 2021).

Sobre dependência de psicofármacos, cabe citar o estudo recente de Bernieri *et al.* (2023), que contribui ao afunilar o debate e considerar esse aspecto, inclusive agravado, pelo uso contínuo e sem acompanhamento dos medicamentos, vinculado às desigualdades sociais como um fator proeminente em relação ao consumo de remédios. O material estudado (dados da farmácia e do cadastro de uma UBS em Eral – RGS) conclui que há um consumo significativo por parte de mulheres e de pessoas aposentadas ou com ocupações domésticas e

agrícolas, o que fomenta uma compreensão que considere fatores interseccionais – raça, classe, gênero, território – e a sociabilidade na qual tudo isso se produz.

Diante desse panorama, esta dissertação visa justamente compreender o consumo de psicotrópicos na APS e sua relação com a pandemia da Covid-19. Ao localizar o trabalho na porta de entrada do SUS, a pesquisa considera o lugar desse equipamento enquanto um pilar em toda a rede de saúde, assumindo o contexto de desigualdades sociais como pano de fundo e respeitando a pluralidade e os aspectos do território que caracterizam as vivências ali estabelecidas. Por ter um enfoque no processo de saúde mental de mulheres referenciadas no serviço, a interseccionalidade é utilizada como lente teórico-prática para melhor compreensão e diálogo dos fatores e das relações estabelecidas.

A conjuntura social na qual estamos inseridos afeta não só os processos de saúde-doença, mas a forma como entendemos, lidamos ou mesmo concebemos a relação entre ambos. Considerar a relevância das desigualdades sociais e sua implicação na saúde nos convida a olhar de forma cuidadosa para todo o arcabouço histórico-cultural em que as pessoas estão inseridas, as formas como elas se vinculam aos aspectos sociais com uma concepção, mais profunda e situada, da saúde e da doença, não como verdades alocadas e estáticas, mas como processos em constante movimento de transformação.

Contextualizar e explicitar os ataques que o SUS tem sofrido, que impactam diretamente o trabalho executado na APS e a desmobilização da ESF, é um compromisso político para com a população. O SUS, política pública em saúde modelo global e fruto de muita luta e movimentação popular, cada dia vê seu solo mais arenoso frente o desmonte e pouco fomento de verba pública. A EC 95/2016, seja em sua validação, revogação e posterior reformulação, é sinal de retrocesso e de tentativa de romper com uma estrutura em saúde construída pelo povo e para o povo. Reforço aqui o compromisso ético de defesa de um SUS efetivo, comprometido com a saúde da população em todos os seus âmbitos e robusto.

Por um fazer ciência que compreenda, insira-se e defenda o SUS.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Este estudo é fundamentado na abordagem qualitativa. A pesquisa se faz juntamente com o movimento do território e considerando a implicação de suas nuances. A escolha de tal abordagem justifica-se pela natureza do problema de pesquisa que me aproxima, enquanto pesquisadora, do objeto e da questão em si, considerando a relevância da realidade social, sua dinâmica e transposição no movimento individual-coletivo, sujeito-sociedade. Ao considerar o dinamismo no qual o sujeito se constitui, a pesquisa qualitativa permite uma compreensão contextual dos significados, crenças e atitudes das/os participantes frente à sua realidade social (Minayo; Deslandes; Gomes, 2007).

Enquanto um trabalho disposto a construir *com*, utiliza-se do exercício da pesquisa participante em seu movimento de execução. Como pesquisadora, minha inserção em campo se deu de forma cuidadosa, linear e ativa diante das possíveis demandas e situações expressas pelo espaço. A pesquisa participante é exercida conjuntamente aos demais atores, além disso considera o saber dos sujeitos de forma horizontal e dinâmica, possibilitando que todas/os que tocam o estudo apareçam, o que aproxima os sujeitos da pesquisa e possibilita uma agência e manejo de acordo com as demandas por parte de quem utiliza essa ferramenta (Azamor, 2021).

No primeiro momento, a pesquisa se fez através da inserção na UBS, no acompanhamento de alguns atendimentos realizados pelas médicas da ESF e vinculados à questão de saúde mental e algumas caminhadas comunitárias com VD. No segundo momento, houve o convite por parte de duas equipes da unidade para a realização de RC sobre o tema, que foram realizadas em locais distintos, bem como o estudo de prontuários da unidade, através do vínculo e solicitação direta às ACSs. O terceiro momento do estudo consistiu na identificação dos casos lidos nos prontuários, no convite para a realização e na execução das entrevistas.

As etapas anteriormente descritas serão trabalhadas mais a fundo e resumem, de forma objetiva, o processo de construção da pesquisa que se deu por muitas frentes. Importante ressaltar que nas diferentes fases, tanto as VD quanto as caminhadas pelo território se fizeram presentes e foram manejadas em paralelo com as novas demandas do campo e da própria pesquisa, em seu movimento.

Por ser uma pesquisa participativa, o processo de elaboração do estudo pode ser entendido como o “pesquisar com” e implica em romper com a pretensa de neutralidade na

ciência, além de reconhecer a dinamicidade do campo, as surpresas e confrontos, uma vez que teoria e prática (vivência) possuem suas singularidades e dissonâncias. Assim, as negociações constantes com o campo, considerando meu lugar de profissional pesquisadora, foram relevantes e necessárias, pois atuaram no direcionamento da lente para o diálogo entre quem pesquisa e as pessoas que compõem a cena de estudo, propondo um caminhar junto entre esses dois grupos de atores (Souza; Carvalho, 2016).

Ao considerar o lugar ativo, construtivo e de participação dos sujeitos da pesquisa, esta dissertação se aproxima dos pressupostos da Psicologia Comunitária latino-americana, comprometida com uma compreensão que considera os aspectos singulares das vivências, localizando-as em um tempo/espço e dialogando com o contexto sócio-histórico. A prática se efetivou de forma comprometida com o panorama de desigualdades sociais e com uma epistemologia disposta e ao encontro da emancipação e autonomia daquelas/es que deram forma, significado e consubstancialidade ao projeto (Montero; García, 2011).

Ao partir do entendimento do lugar da historicidade dos sujeitos e seu caráter fundamental no processo biopsicossocial formativo, a pesquisa executa os três estágios do processo de pesquisa qualitativa proposto por Minayo, Deslandes e Gomes (2007) de forma cinética e articulada, sendo elas: Fase Exploratória, Trabalho de Campo e Análise/Tratamento do Material Empírico/Documental. Compreende-se a importância de cada etapa para o arremate do estudo e busca-se, atrelado ao constante delineamento teórico, um enlace das mesmas, respeitando o movimento do próprio campo e considerando questões que possam vir a surgir em meio à sua efetivação.

O contato direto com a comunidade, a inserção contínua no campo, o deslocamento à residência das pessoas e, logo, a compreensão da sua realidade partindo de outro lugar e as andanças pelo território são atos que contribuíram para uma maior vinculação com o campo, imersão em seu cotidiano e para uma alocação contextual do que é vivenciado. No lugar de pesquisadora e de pessoa que chega de fora, atentei-me para o cuidado e manejo necessários para a realização de um trabalho condizente com o processo participativo, colaborativo e baseado na premissa horizontal do fazer *com* (Ximenes *et al.*, 2017).

Por fim, a interseccionalidade é a lente que possibilita uma percepção multifocal tanto das vivências no campo quanto na compreensão dos relatos das entrevistadas. Como conceito que advém dos movimentos sociais, entende-se por interseccionalidade a interação de fatores sociais e históricos e como eles dizem e impactam na formação dos sujeitos, seus atravessamentos e constituição (Assis, 2019; Collins; Bilge, 2020). Marcadores interseccionais como raça, classe, gênero e território são alguns dos utilizados neste trabalho com intuito de

propiciar uma compreensão mais alocada, em diálogo com a realidade e de acordo com o panorama social.

3.2 LOCAL/CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA

Gostaria de iniciar situando o local da pesquisa e o porquê de sua escolha. Nasci e cresci no bairro Linhares, comunidade periférica localizada na zona leste de Juiz de Fora. No município de Juiz de Fora, o bairro Linhares é um dos mais plurais no que diz respeito à diversidade em sua população. Abrange desde territórios urbanos, com micro centros de serviços (por exemplo, supermercados, lojas de móveis, roupas, escolas, serviços de mecânica e de beleza) até áreas que compõe o cinturão verde da cidade, abastecendo as redondezas com hortaliças, legumes e derivados do leite. Ao todo, tem-se o total de 15.350 moradores/as, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema Municipal de Planejamento e Território (SISPLAN), datados de 2010 e 2019, respectivamente. Possivelmente, esses dados na atualidade não vão de encontro à realidade populacional do bairro, que apresenta crescente expansão.

A UBS do território está situada em uma área mais central, logo no início do bairro, o que não deixa de implicar a necessidade de deslocamento – inclusive de ônibus em algumas situações – de moradoras/es das áreas mais distantes. É no bairro Linhares também que se concentra o Sistema Prisional do município. Lá estão a Penitenciária Professor Ariovaldo Campos Pires e o Centro de Remanejamento do Sistema Prisional (CERESP). Importante ressaltar que a antiga Fundação Estadual para Bem-Estar do Menor (FEBEM) também funcionava no bairro, estando hoje desativada. O mesmo território abrigava ainda o Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa, que está interditado.

Há escolas municipais, estadual em tempo integral, creches públicas e privadas e uma sede do Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC). O território é atravessado por um córrego, que, partindo das áreas rurais, corta a parte central não só dali, mas de outros bairros, e desemboca no Rio Paraibuna, que marca a paisagem juiz-forana. A presença desse afluente expõe o bairro a outra vulnerabilidade, que são as enchentes nas partes mais baixas. Já nas regiões íngremes, deslizamentos de encostas e construções de barreiras são mais presentes.

Esta dissertação foi construída por muitas mãos, pessoas e vínculos. Fazem parte dessa concepção a equipe da UBS, dividida em seis microáreas que são compostas por médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACSs (de duas a cinco profissionais por região). Quando

completa, a equipe chega ao total de trinta e nove profissionais. No decorrer da execução da pesquisa em campo, aproximei-me de algumas agentes e profissionais e pude sentir certa resistência e não compreensão por parte de outras, o que evidencia a vivacidade do fazer pesquisa e a necessidade de constante mediação com o campo.

Todas/os moradoras/es em que estive em VD, que acompanhei o atendimento médico, que conheci pelas andanças pelo bairro também compõem esse estudo. As pessoas que participaram das RC e os sujeitos referentes aos prontuários lidos dão corpo e substância à pesquisa. O contato e o vínculo que se construiu, a escuta das vivências e a partilha feita de forma horizontal e cuidadosa serviram como lentes para identificação da temática, compreensão de sua inserção no cotidiano e na construção de formas de se chegar ao objetivo da dissertação.

As cinco mulheres entrevistadas para esta dissertação indicam sua materialização e dão fundamento ao estudo. Através da confiança delas, é que posso expressar aqui, de forma respeitosa e com cuidado, como o objetivo teórico da pesquisa se manifesta de forma prática na realidade dos sujeitos. É partindo da história delas que foi possível conceber as categorias dissecadas mais adiante, costurá-las com autoras/es que se debruçam sobre a temática e produzir esse material. Ainda que antes ou mesmo após os relatos seja feita uma contextualização das vivências de cada uma, cabe aqui uma breve descrição das cinco mulheres que dão contorno ao o que o estudo se propõem.

Todas as entrevistadas exercem as atividades domésticas de forma unilateral, mesmo que residindo com parceiros, filhas/os ou outros familiares e, ainda que realizem trabalhos remunerados – vinculados ao cuidado –, são as responsáveis pela administração e execução de grande parte dos serviços de suas residências. A título de informação e construção de diálogo interseccional, das cinco entrevistas, três são autodeclaradas pardas, uma autodeclarada negra e de uma não foi possível conseguir a autodeclaração racial devido à dificuldade do encontro e de horários. Todas são mulheres cisgêneras, com idade entre os 40 aos 75 anos e são residentes do mesmo bairro, porém em microáreas distintas da comunidade. Reforço que seus nomes e qualquer outra informação que possa gerar constrangimento ou identificação serão resguardados.

De acordo com a trajetória das entrevistadas, que, resguardada as suas singularidades, têm atravessamentos comuns – como a questão do cuidado –, como forma de valorização histórica do trabalho doméstico no Brasil e de toda luta que o perpassa, cada entrevistada terá como pseudônimo o nome de uma mulher envolvida diretamente na luta pelos direitos das trabalhadoras domésticas no país. Creuza, Laudelina, Benedita, Lenira e Nair, como suas tantas

colegas de jornada e profissão, serão aqui personagens e o laço que amarra as histórias a este estudo.¹

Creuza, mulher com idade na faixa etária dos 60 anos, atualmente se dedica aos cuidados do lar de forma integral. Já trabalhou como babá, exercendo o cuidado também em outros ambientes e teve sua vivência atravessada de forma drástica pela pandemia de Covid-19, que acabou por levar a óbito três familiares próximos. Foi durante esse período de luta e incerteza frente à crise sanitária que Creuza deu início ao uso de psicotrópicos, após um diagnóstico de depressão. Os medicamentos ela comprava ou mesmo retirava no Posto de Saúde e disse não se recordar dos nomes durante a entrevista. Atualmente ela maneja a saúde mental com outras ferramentas e encontrou em práticas de cuidado alternativas uma possibilidade de tratamento sem o receio da dependência química dos fármacos ou mesmo de seus efeitos colaterais.

Laudelina, mulher autodeclarada parda na faixa etária dos 70 anos, atualmente também se dedica aos cuidados com os familiares e de sua casa. Trabalhou por anos em casas de família como doméstica e governanta (exercendo todo tipo de função dentro do ambiente doméstico) e relata que desde bem jovem – próximo dos 20 anos – consome psicofármacos. Há um histórico de diagnósticos e tratamento de saúde mental na família, sendo o quadro de sua queixa a depressão, muito vinculada às preocupações com os filhos e a questões familiares conflituosas. Para além da saúde mental, consome medicamentos para controle de pressão, haja vista o histórico de problemas cardíacos, e durante o período pandêmico teve Covid-19 e perdeu uma amiga próxima para o vírus. Aprendeu a conviver com as sequelas, emocionais e físicas, que vão desde ao agravamento da depressão à fadiga e dor nas costas constantes.

Benedita, autodeclarada negra e na faixa etária dos 50 anos, cuida da casa e dos filhos em tempo integral. Trabalhou por anos com idosos, também no ambiente hospitalar, serviço que foi interrompido no período da Covid-19 devido ao risco de infecção e ao seu histórico de doença crônica. Inclusive foi durante o trabalho em um hospital da região que Benedita soube que o vírus havia chegado ao município, presenciando toda a movimentação e alarde da equipe médica que a orientou a “não sair do quarto”.

Benedita: [...] Aí um belo dia, foi pavoroso, um alvoroço doido na Santa Casa por volta de 00:30 foi um alvoroço! Aí o enfermeiro, pegou e falou assim “amiga, não sai do quarto! e não se espanta, o negócio está feio” eu falei “O

¹ Creuza de Oliveira, Benedita da Silva, Lenira Maria de Carvalho e Nair de Castro Gomes fizeram parte de grupos de trabalho e discussão sobre a situação das trabalhadoras domésticas no período de transição da Ditadura Militar, reivindicando direitos à classe. Laudelina Campos de Melo fundou a primeira associação de trabalhadoras domésticas do Brasil, reivindicando direitos e equiparação da classe com as demais categorias trabalhistas (Santos; Telles; Lima, 2024).

que foi, o que está acontecendo?” ele falou assim “chegou uma doença no Brasil!” Aí eu falei “é a tal gripe que está vindo de fora? aí ele falou “é, e chegou aqui! E está no andar de cima” já estava isolando todo andar, estava isolando e mandando as pessoas, porque quando viram que *era a tal de gripe que ainda nem tinha sido denominada COVID*.

Benedita teve Covid-19 mais de uma vez e perdeu uma grande amiga para o vírus. Foi durante o período pandêmico que o quadro de saúde mental (depressão) se intensificou e que novos psicofármacos passaram a fazer parte de sua realidade. Atualmente tanto o consumo de medicamentos para esse fim quanto as crises diminuíram, o que ela reconhece como sendo uma fase de estabilidade emocional em sua vida.

Lenira, mulher autodeclarada parda na faixa etária dos 70 anos, trabalhou por anos em casas de família até se aposentar. Hoje é a principal cuidadora da mãe, de um irmão e de um sobrinho (esses dois últimos, com questões de saúde mental). Com uma família extensa e com mais irmãos/irmãs, Lenira presenciou a internação psiquiátrica de alguns deles. O histórico de saúde mental se manifestou inicialmente na fase dos 50 anos – o que ela e outras pessoas da família vinculam a um processo cirúrgico que passou. Já consumiu vários tipos de psicofármacos e hoje se vê satisfeita com o consumo apenas de dois. Não teve Covid-19 e também não perdeu pessoas próximas para o vírus, mas diz do medo e receio que sentiu com a possibilidade de contaminação e dos impactos que percebe, ainda hoje, do período de reclusão.

Nair, autodeclarada parda na faixa etária dos 40 anos, trabalhou na área da saúde por anos e, quando seu quadro de saúde mental se agravou (transtorno do pânico e depressão), precisou se afastar e cuidar de si. Principal cuidadora da mãe, que possui um quadro de saúde mental grave, tem sua história pessoal atravessada pelo uso de psicofármacos e por transtornos mentais de familiares. O afastamento de parentes e amigos em decorrência da pandemia de Covid-19 levou Nair a questionar os laços estabelecidos e até mesmo se era querida pelas pessoas, o que contribuiu para um sentimento de solidão e abandono. Através do acompanhamento do quadro de saúde mental, foi possível compreender o distanciamento como uma medida de profilaxia mediante à pandemia e buscar estratégias de se comunicar com familiares sem se expor ao risco de contaminação.

A cada relato citado, um breve panorama de cada entrevistada será feito, com intuito de informar e retomar a descrição feita nessa etapa. Em relação aos diagnósticos, todas possuem relação com a ESF e algumas, como Lenira, citam tê-lo recebido, inicialmente, nesse nível de atenção. Mais adiante, cada estratégia utilizada na construção dos dados será informada de forma mais detalhada, a fim de tornar mais didática a compreensão de como essa dissertação

foi construída e sinalizar para as tantas etapas que, de maneira orgânica, foram se dando ao longo do tempo em campo.

4. ESTRATÉGIAS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Enquanto ferramenta de registro, o Diário de Campo (DC) é de extrema significância por dizer da realidade na qual a pesquisa se insere e dos processos de reflexão que me afetaram durante o movimento de aproximação e vinculação com o campo e com os sujeitos que o compõem. Por conter as percepções e descrições de atividades, é aqui utilizado como aporte para a compreensão do trabalho realizado, considerando a relação pesquisadora-campo, e na elaboração do conteúdo documentado em diálogo com os pressupostos iniciais da pesquisa, com atenção ao movimento e fluidez da mesma (Campos; Albuquerque; Silva, 2021).

Não menos importante, vale salientar o lugar das caminhadas comunitárias e das visitas domiciliares, que também são ferramentas do estudo e foram cruciais para entendimento das demandas e das particularidades do território. Através das andanças, foi possível conhecer mais da realidade plural do bairro, da relação estabelecida entre as ACS e as/os moradores e conhecer mais da dinâmica dos cuidados em saúde de forma comunitária. Conforme Ximenes *et al.* (2017) salientam, nesse caminhar é possível estabelecer uma horizontalidade entre as trabalhadoras e as pessoas, contribuindo para uma maior vinculação.

A observação participante está interligada a esse processo e contribuiu para a confecção de DC coesos e em sinergia com o que o campo demandou e produziu. Tem-se nessa outra ferramenta uma base para desenvolvimento das atividades que foram construídas e executadas em parceria com o equipamento e que compõem a cena de elaboração do estudo. Através de uma observação participante cuidadosa e atenta, foi possível construir diálogos frente as demandas do campo e compreender os desafios através de múltiplas perspectivas, resultando em um trabalho direcionado e com sentido (Minayo; Deslandes; Gomes, 2007).

A análise documental (prontuários) possibilitou maior suporte para a pesquisa, adquirindo mais robustez e entendimento da realidade ali experienciada, uma vez que os documentos permitem um acesso ao histórico das pessoas que frequentam o equipamento e uma aproximação, ainda que breve, com os antecedentes de cada uma. A análise documental em muito contribui para a pesquisa qualitativa de forma geral e consiste em um dos três eixos principais que compõem o ciclo da pesquisa, não se esgotando em sua fase final, mas cooperando para uma construção organizada, em diálogo e sem perder de vista os pressupostos iniciais (Minayo; Deslandes; Gomes, 2007).

Os prontuários, enquanto uma das formas de construção e efetivação da segunda etapa da pesquisa, possibilitaram um olhar ampliado para situações tangentes ao campo. Por ser de domínio público e inserido no contexto da saúde, é importante considerar sua funcionalidade

até mesmo para uma maior e melhor compreensão do que nele está registrado. Ao olhar com cuidado para as informações ali descritas, foi possível desconstruir o que consta no registro para uma posterior construção direcionada para o problema da pesquisa. Assim, a análise desses documentos contribuiu para a interpretação de um todo maior, no qual os materiais analisados estão relacionados e expressam, ainda que em fragmento, a realidade do campo (Cellard, 2012).

Dessa forma, os prontuários foram instrumentos importantes nesse estudo, pois contribuíram para lapidar a percepção das particularidades do campo. Enquanto documento de registro, contém informações sobre o histórico de saúde, dos atendimentos prestados, hipóteses diagnósticas, tratamentos e cuidados ofertados pelo serviço. Por ser um documento condensado, inclui anotações de diversos profissionais da APS e, infelizmente, muitas vezes, não de forma a garantir um entendimento maior da queixa, que é resumida. No trabalho em PPS, o cuidado com o prontuário é fundamental para um exercício fluido no dia a dia do equipamento, seja ele físico ou nas tecnologias online disponíveis no SUS para esse fim (Oliveira-Friestino *et al.*, 2021).

4.1 CAMPO DE PESQUISA

Conforme exposto anteriormente, meu conhecimento do campo partiu das vivências estabelecidas no período em que residi como moradora na comunidade do bairro Linhares. Importante dizer que há um tempo significativo que não resido mais no local e que essa distância, ainda que com uma história vinculada ao território, foi considerada para entender o campo, suas mudanças e cenários. Ao chegar no PPG-Psicologia da UFJF e frente a possibilidade de busca para um espaço de construção de vínculos, logo inferi a UBS. O primeiro encontro com a então equipe da unidade foi no dia 23 de março de 2023, e, após interesse e disponibilidade da coordenação, os trâmites de documentos foram agilizados para que o início fosse possível o quanto antes. Em maio do mesmo ano, passo a ir semanalmente na UBS conhecer um pouco mais da rotina de serviços do equipamento e as profissionais vinculadas.

Vale destacar que minha inserção no equipamento se dá no período pós-pandêmico, o que reflete diretamente nas primeiras impressões a respeito da compreensão de saúde mental pelas trabalhadoras do serviço. A entrada em campo se deu regada a diálogos sobre as dificuldades de ser uma equipe de saúde no período agudo da pandemia da Covid-19, os medos e receios vividos por quem trabalhou na UBS durante essa fase, os impasses em conciliar as demandas pessoais e profissionais frente a delicadeza do momento e a exaustão, como produto

final, de um ciclo que se encerrou sem interrupções das atividades exercidas ou mesmo suporte para lidar com a transição de cenários.

Figura 1 - Fotografia 01. Entrada da Unidade Básica de Saúde de Linhares



Fonte: Acervo Pessoal (2024)

Figura 2 - Fotografia 02. Varanda dentro da UBS (Lado Esquerdo)



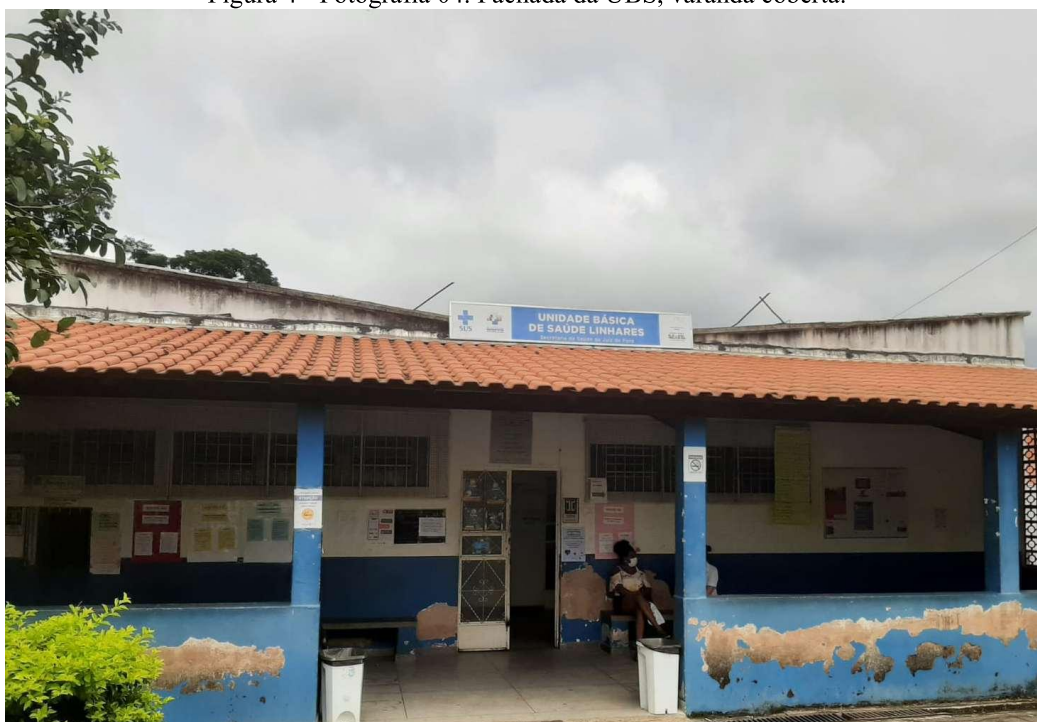
Fonte: Acervo Pessoal (2024)

Figura 3 - Fotografia 03. Varanda dentro da UBS (Lado Direito)



Fonte: Acervo Pessoal (2024)

Figura 4 - Fotografia 04. Fachada da UBS, varanda coberta.



Fonte: Acervo Pessoal (2024)

A princípio, meu trabalho na UBS teve início com caminhadas pelo bairro e a realização de visitas domiciliares junto das ACS. As visitas se realizaram por diferentes áreas do mesmo local e plurais no que diz respeito aos fatores socioeconômicos. Atrelado ao movimento externo, pude acompanhar também algumas consultas ao lado das médicas e presenciar as demandas por parte das pessoas que acessam o equipamento além de escutar um pouco da vivência profissional da ESF.

Convém destacar o lugar das mulheres no equipamento, uma vez que ele se executa tendo, em sua maioria, trabalhadoras. A essa altura da leitura, creio que minha referência a esse público e escrita no feminino tenha se feito notada e cabe explicitar essa escolha. A UBS na qual essa pesquisa se efetiva é composta, majoritariamente, por mulheres – seja no campo da Medicina, Enfermagem (inclusive na área técnica) e das ACS. Sendo assim, optou-se por, neste trabalho, referir-se a todo corpo de trabalhadores/as da unidade com o sufixo “a”, em respeito às mulheres e trabalhadoras que fazem e executam o SUS.

Sobre essa questão, convém dizer do processo de feminização do SUS e do lugar das mulheres nas práticas de cuidado em saúde. São elas que garantem a aplicabilidade e funcionamento da rede em saúde pública e que estiveram na linha de frente e no combate a Covid-19. A nível global, o relatório produzido pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) de 2020 aponta que as mulheres representam 70% da força de trabalho em serviço social e de saúde ao redor do mundo, sendo as responsáveis pela execução e cuidado em saúde nas mais diversas áreas de abrangência. Logo, foram as mulheres as mais expostas à contaminação pelo vírus e também as mais sobrecarregadas frente a alta demanda de trabalho nos equipamentos e a conciliação com os cuidados domésticos e maternos (UNFPA, 2020).

No Brasil, dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2020 apontam para uma feminização dos cargos profissionais na APS, sendo as mulheres 78,9% da força de trabalho em saúde. No setor de ACS, as mulheres representam 77,8% das profissionais, mais especificamente 212.546 (Hernandes; Vieira, 2020; IPEA, 2020). A feminização na saúde diz de um histórico de atribuição do cuidado relacionado ao gênero e que deve ser discutido, uma vez que se associa com a formação e o entendimento do ser mulher e de toda uma sociabilidade que inclui sobrecarga de trabalho, ausência de suporte e até mesmo queixa em saúde mental. Reconhecer o lugar das mulheres nos serviços de saúde é também uma forma de ampliar a discussão sobre desigualdades de gênero e demarcar o papel delas na execução da saúde pública (Hernandes; Vieira, 2020).

Após um período me revezando entre essas duas frentes de trabalho, fui convidada para ministrar Rodas de Conversa (RC) junto de algumas profissionais da UBS para moradoras/es

de áreas específicas do bairro. No movimento de acompanhar as ACS e conversar com as trabalhadoras, criei vínculos com as profissionais que viram na minha presença no equipamento uma forma de discutir a questão da saúde mental – tão demandada pelas moradoras/es das microrregiões que atendem – e de construção de espaços coletivos de troca e interação entre a população. Entendi o convite como mais uma forma de estreitar os vínculos com o espaço, bem como de conhecer mais das pessoas residentes ali e de suas demandas, então me disponibilizei a construir com as trabalhadoras o tema a ser dialogado.

Partiu das trabalhadoras referentes às equipes das ACS envolvidas as ideias para a confecção das RC. A metodologia da discussão foi pautada na percepção e compreensão das próprias trabalhadoras, de maneira não engessada e dinâmica. No dia 15 de setembro, aconteceu a primeira delas, após reunião de trabalho e elaboração de roteiro prévio condizente com a realidade ali observada e experienciada. Esse movimento se deu na residência de uma moradora, que cedeu um espaço em sua casa, para a discussão. Paralelamente, essa equipe aferiu pressão e fez a pesagem das famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (BF), programa de transferência de renda do GF que tem como uma de suas condicionalidades acompanhar o desenvolvimento de crianças e adolescentes atendidas pela política.

A primeira RC foi mais cheia e realizada na casa de uma moradora de uma das microáreas que o equipamento cobre. Junto da ACS e demais profissionais da UBS, desloquei-me para o espaço cedido e começamos o diálogo. Aos poucos, cada pessoa presente foi se sentindo mais à vontade para falar sobre sua saúde mental, os remédios que consome e como foi vivenciar a pandemia. Relatos emocionantes sobre a perda de entes queridos e a dificuldade de lidar com o distanciamento social e paralisação das atividades juntamente de dúvidas sobre os efeitos colaterais dos psicotrópicos foram alguns dos pontos principais da discussão. Notou-se a presença majoritária de mulheres, algumas com seus filhos e netos, na faixa etária em torno dos 40 anos.

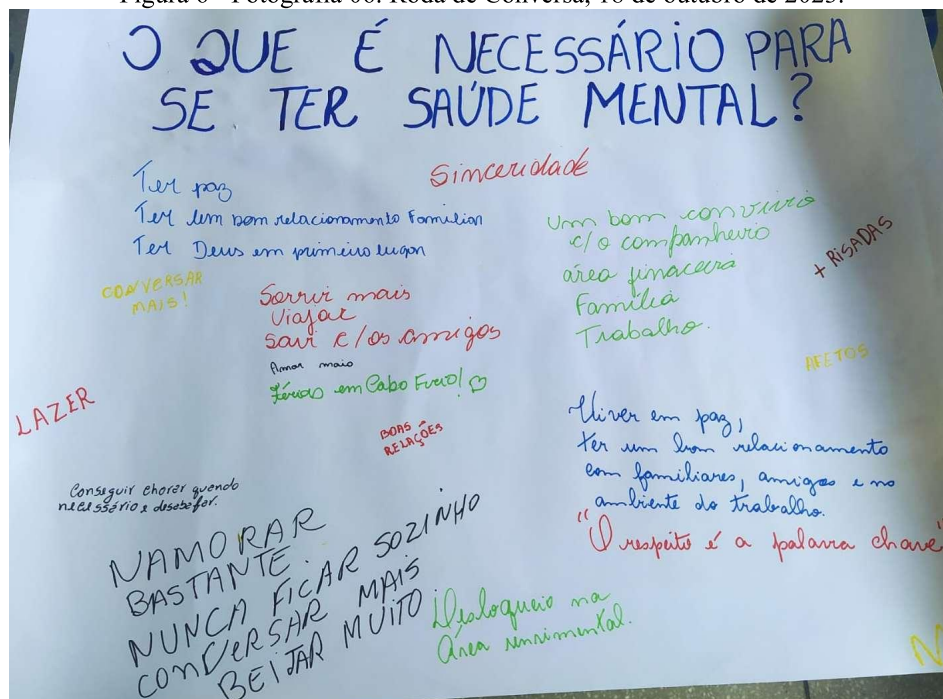
Nessa RC a questão da saúde mental foi bem latente e muitas situações pessoais foram relatadas. Pude perceber que esse movimento de expor as vulnerabilidades em grupo aproximou as/os moradoras/es ali presentes, que em grande maioria residem perto uns dos outros e têm um convívio comum e possibilitou um ambiente de respeito mútuo. Ao final, um grupo de mulheres questionou a possibilidade de novas discussões sobre o tema e se mostraram dispostas, cedendo inclusive suas casas, para a realização de outras RC. Esse retorno por parte de quem participou foi muito importante e serviu como um termômetro para entendimento das queixas em saúde mental, dos remédios psiquiátricos usados e de como a população residente daquela microárea dentro do território maneja sua saúde mental cotidianamente.

QUE VOCES DEBEMOS SER NECESARIO



família. Notou-se dificuldade em adentrar mais profundamente na questão da Covid, possivelmente pelo movimento constante na varanda e certa dispersão das pessoas.

Figura 6 - Fotografia 06. Roda de Conversa, 18 de outubro de 2023.



Fonte: Acervo Pessoal (2023)

Em ambas RC foi possível escutar de lugares bem distintos a compreensão acerca da saúde mental, do uso de medicamentos e sua relação com o cotidiano. Aspectos como os benefícios do uso de psicotrópicos e a viabilização de tarefas graças ao seu consumo, a dificuldade de acesso ao serviço de psicologia, principalmente por conta da situação financeira, tentativas de administrar sofrimentos – seja depressão ou ansiedade – por meios outros, como a igreja, a relação com a família e os anseios e dificuldades de se relacionar, considerando o período pandêmico, foram alguns dos pontos presentes durante as discussões. Ao final, um cartaz com a pergunta “O que é necessário para se ter Saúde Mental?” foi compartilhado com as pessoas presente, como forma de síntese e produção material de toda a conversa estabelecida (Figura 6 - acima).

Com as RC pude conhecer um pouco mais das pessoas que acessam o equipamento de forma mais constante. Foi notável a forte vinculação com as profissionais do posto, principalmente com as agentes comunitárias, qual o lugar da UBS no cotidiano de quem frequenta, como foi o trabalho da equipe nos períodos agudos da Covid-19 e como o tratamento em saúde mental, por consumo de psicotrópicos, está associado ao serviço e às medicações disponíveis ali ou na Farmácia Central do município.

Posteriormente às rodas, conversei com algumas trabalhadoras sobre formas possíveis de se chegar nos sujeitos da pesquisa para além das visitas domiciliares. Após conversa com uma enfermeira e sugestão da mesma, surgiu a possibilidade de acessar os prontuários do equipamento. Através do estudo desse material, foi possível compreender um pouco mais do histórico de saúde mental das pessoas frequentes, se há uso de medicação, se sim, quais psicotrópicos são mais utilizados e registros sobre queixas de saúde mental relacionados ao período agudo de Covid-19 ou mesmo registro de contaminação pelo vírus.

Dessa forma, solicitei às ACS responsáveis por áreas distintas prontuários de casos relacionados à saúde mental, ao uso de psicotrópicos e à Covid-19 que elas considerassem pertinente de minha leitura. Nesse momento, a compreensão do que é saúde mental por essas trabalhadoras ficou evidente, já que elas atuaram como ponte entre meu acesso aos documentos. O lugar da ACS nesse processo surgiu a partir de conversas com enfermeiras e médicas da própria equipe, que destacam a posição das agentes de proximidade com as pessoas e um conhecimento a fundo das demandas, queixas e todas realidades experienciadas por quem reside ali.

Intercalei o estudo dos prontuários com visitas domiciliares e caminhadas com as agentes como forma de construção de vínculo e de compreender o movimento da pesquisa. Inicialmente, acessei em torno de 27 prontuários. Após algumas anotações em meu diário físico, elaborei uma tabela com intuito de organizar as informações coletadas e direcionar o trabalho para a realização de entrevistas semiestruturadas. Importante dizer que, no processo de análise documental, chama atenção uma maior prevalência de prontuários acessados de mulheres (em torno de 17) que se enquadram na queixa/problema de pesquisa, o que corrobora os estudos encontrados sobre a temática.

Ainda sobre os prontuários acessados, a maioria foi de mulheres adultas e em alguns casos foi possível notar a presença de mais de um membro da família com questões que dizem respeito ao uso de psicotrópicos e saúde mental. A faixa etária variou um pouco, mas grande maioria das mulheres estão na idade dos 40 anos ou mais. Salta aos olhos, de forma alarmante, o consumo de psicotrópicos. Dificilmente a pessoa fez/faz uso apenas de um medicamento. A renovação constante de receitas e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental públicos – consulta com psiquiatra ou mesmo atendimento psicológico – são queixas que ouvi frequentemente, uma vez que, com algumas dessas pessoas dos prontuários, estive pessoalmente em visita.

As queixas mais frequentes estão atreladas aos sintomas descritos como depressivos, ansiosos, de insônia e irritabilidade. Há queixas também sobre a não adaptação aos

medicamentos e, devido a isso, trocas constantes. Vinculado à questão da Covid-19, não encontrei muitos registros nos documentos, constando em alguns apenas a solicitação de exame, indicativo de sintomas e orientações breves para quarentena. Essa questão pode ser mais trabalhada nas entrevistas, em vista da precariedade de informações – mais direcionadas e sucintas – nos documentos.

As visitas domiciliares realizadas somaram-se em muitas, cada uma com uma particularidade. Adentrei casas de acesso mais fácil, outras de acesso mais precário. Sentei-me em sofás nas salas, camas, cadeiras na cozinha também no quintal em meio a plantas. Pude sentir o cheiro de comida no fogo, ver a mesa do café ainda posta, crianças acordando para um novo dia e moradoras sentadas/os nas calçadas e passeios, conversando com vizinhas/os, colegas próximos e observando o movimento da rua. Acompanhando as ACS's, chamei alto por moradores de uma casa mais afastada, bati palmas em frente aos portões e parei para conversar com quem nos encontrava no caminho e queria alguma informação das agentes.

4.2 ENTREVISTAS

A entrevista, em seu modelo semiestruturada, foi escolhida como aporte metodológico que junto das demais ferramentas explicitadas dão escopo e robustez para a costura do estudo. Enquanto método de se fazer pesquisa qualitativa, a entrevista semiestruturada possibilita um conhecimento mais profundo acerca do tema pretendido e dos objetivos do trabalho de forma mais maleável e dinâmica. Conforme as vivências estabelecidas em campo e considerando a intensidade do trabalho – vide o tempo de idas semanais na UBS citado anteriormente de 1 ano e 4 meses –, esse instrumento foi basilar e viabilizou não só o conhecimento de questões mais objetivas da pesquisa, sem perder de vista o ritmo que se estabeleceu com o campo, mas também apontou suas lacunas e limitações (Minayo; Deslandes; Gomes, 2007).

Para chegar às entrevistas, é necessário retomar o processo de vínculo e contato com as ACS. Durante o processo de mergulho no campo de pesquisa, considerando a amplitude da equipe da unidade e o movimento orgânico de formação de vínculos e entendimento dos objetivos do estudo, acabei por me aproximar mais de três agentes, que serão referidas como Estrela, Luz e Graça. Os nomes escolhidos são fictícios e registrá-los neste trabalho é uma forma de expressar o quão significativo o vínculo estabelecido com elas foi para o desenvolvimento da pesquisa e das etapas realizadas.

Como dito anteriormente, muitos dos prontuários acessados foram de mulheres que conheci pessoalmente através das visitas domiciliares. Assim, diante dos casos, do estudo

documental e do contato estabelecido previamente com elas, selecionei cinco mulheres a fim de convidá-las para as entrevistas, sendo duas moradoras da mesma microrregião de atendimento da ACS Luz, outras duas moradoras da microrregião da ACS Estrela e a demais residente na microrregião da ACS Graça. Como forma de aproximação e cuidado, fui junto das referentes agentes para explicar minha pesquisa e convidá-las para o estudo.

Todas as convidadas se mostraram disponíveis para participar. Expliquei a elas sobre o funcionamento da entrevista semiestruturada de forma didática e garanti o cuidado e manejo das informações coletadas. Conforme a disponibilidade de cada uma, combinamos uma data, e as ACS se disponibilizaram a me informar no caso de imprevistos ou mesmo desistência, atuando, desde o início, como elo entre o território e eu. As entrevistas foram realizadas de maio a junho de 2024, foram gravadas após consentimento das participantes e transcritas para fins de utilização nesse estudo.

As entrevistas, em média, tiveram duração de 1 hora e 30 minutos, em alguns casos chegando a 2 horas de gravação constante. Muito foi dito, e o olhar interseccional que perpassa meu entendimento teórico e prático foi de grande suporte e manejo para a compreensão do todo relatado de forma articulada com cada contexto. Mulheres com faixas etárias distintas, histórias que possuem pontos em comum e que compartilham de vivências, violências e violações de direitos. Todo o material foi retomado constantemente durante o processo de confecção e escrita deste trabalho, reforçando o protagonismo das entrevistadas, que dão forma e substancialidade para a presente dissertação.

Após transcrição, leitura atenta do material e também dos registros em DC junto de todas as sensações e percepções acumuladas no campo, pude chegar a elaboração de três categorias temáticas que compreendem os objetivos do estudo e traduzem o todo que foi escutado, vivido, percebido e compartilhado na dualidade pesquisadora-campo. São elas: *“Minha dor é minha”*: Gênero, saúde mental e diagnóstico; *“A gente vê que realmente a gente precisa desse cuidado”*: Psicofármacos e cotidiano; *“Eu passei a sentir a dor das pessoas”*: Pandemia e luto. Ao longo de cada categoria, será explicitado a origem do fragmento que dá nome a elas e discorrido sobre as temáticas que reúnem o objetivo desta dissertação.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados se dá fundamentada na Análise Temática (AT), de forma que, após o relato, identificação e análise de padrões comuns durante a execução da prática da pesquisa, alguns temas ou categorias mais relevantes para o objetivo da pesquisa serão

elencados e discutidos de forma profunda. A essência dos materiais produzidos ao longo de toda inserção em campo será refinada e costurada junto a aspectos teóricos que viabilizam embasamento e robustez para a discussão (Braun; Clarke, 2006). Nessa etapa, as entrevistas realizadas serão o aporte de material para identificação e seleção dos temas a serem trabalhados no estudo.

A AT se fundamenta como escolha para manejo dos conteúdos adquiridos durante todo o processo e inserção em campo por ser um método flexível, possibilitando maior maleabilidade de quem pesquisa. Diante de um contingente significativo de dados, auxilia no processo de condensação e direcionamento, sem perder de vista o escopo e os objetivos iniciais da pesquisa. Sua possibilidade de aporte teórico durante toda execução é também um fator positivo, pois viabiliza uma abrangência de recursos e nos leva a respostas mais frutíferas e interativas, deixando as portas abertas para o constante movimento de reflexão (Souza, 2019).

5. SOBRE A ÉTICA

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da UFJF-MG, e foram respeitados os preceitos éticos relacionados aos participantes, em conformidade com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como com as “Diretrizes para ética na pesquisa e a integridade científica”, documento elaborado pelos integrantes do Grupo de Trabalho de Ética em Pesquisa do Fórum de Ciências Humanas, Sociais, Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes (FCHSSALLA, 2023).

Foram garantidos às participantes informações sobre o projeto, como seu objetivo, justificativa e a ausência de danos físicos, sociais e psicológicos com a participação no estudo, ressaltando o sigilo e privacidade das informações coletadas. Salienta-se que a pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva maior, intitulado “Pandemia da Covid-19 e a produção de cuidados sócio comunitários em saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde”, estando de acordo com os preceitos propostos pelo Comitê de Ética, em suas normas e diretrizes.

No processo de entrevista, todas as mulheres convidadas a participar foram previamente contatadas e informadas do caráter sigiloso das informações. A gravação do diálogo por meio de recurso eletrônico se deu mediante apresentação do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) concomitante ao registro em áudio da autorização das participantes. Ressalta-se também que todo material citado, seja diretamente ou fragmento de vivência de alguma entrevistada, o nome verdadeiro e detalhes considerados intimistas ou de caráter privado foram preservados, com intuito de garantir a confiabilidade, sigilo, cuidado, respeito e não identificação das participantes.

6. TRAJETÓRIAS: DO SOFRIMENTO MENTAL À PANDEMIA

6.1 “*MINHA DOR É MINHA*”: GÊNERO, SOFRIMENTO MENTAL E DIAGNÓSTICO

A fala que dá título à essa categoria é um recorte do tanto que foi dito por Creuza, mulher cisgênero, na faixa etária dos 60 anos e que atualmente se dedica aos cuidados com a casa. A história de vida de Creuza é atravessada pelo exercício do cuidado, seja como fonte de renda ou mesmo nas vivências cotidianas. Esposa, mãe, avó, ao dizer da dor com que passou a conviver após a perda de familiares para a Covid-19, demarca a forma como o sofrimento chega e se dá para muitas mulheres. Mesmo se tratando de uma dor que se configura na sociabilidade, no que foi vivenciar um período de incertezas e desalento, é também na esfera individual que Creuza exerceu manejo sobre o que diz respeito ao sofrimento.

No caso de Creuza, como de outras mulheres, a questão maior é como uma sociedade, pautada nas desigualdades e papéis de gênero se constitui e dá base para a formação subjetiva de homens e mulheres, moldando e reforçando o que se espera de um e de outro e da forma com que cada um lida com o sofrimento, podendo ser, inclusive, sem rede de apoio (o que não foi o seu caso). Creuza, ao tomar posse da dor referente à perda de três familiares pela Covid-19 de forma consecutiva e no período agudo da crise sanitária, diz-nos do lugar desse sofrimento e de como buscou, após tal fato, lidar com esse sentimento. O manejo do sofrimento mental, com todas as entrevistadas, caminha para lugares que corroboram a premissa de que também são as mulheres, as responsáveis por buscar estratégias de entender, assimilar e cuidar de si (Santos; Diniz, 2018).

Para entendimento das questões que tangenciam e atravessam a constituição do ser mulher e, logo, da sua saúde mental, a interseccionalidade – enquanto teoria crítica – será utilizada como ferramenta e lente para articular o conteúdo das entrevistas realizadas com a temática dessa dissertação. Marcadores como raça, classe, gênero e território se entrelaçam e dizem da teia em que todo o sofrimento mental se constituiu e de como ele se apresenta na realidade das entrevistadas. Aqui, cabe um relato extraído do DC de uma das RC executadas na UBS. Contextualizando o cenário, tratava-se de uma RC executada na varanda da UBS devido à previsão de tempo chuvosa e a dificuldade de acesso à área até então pensada para receber a discussão.

Nessa RC – assim como a outra, composta majoritariamente por mulheres – muito foi dito sobre a SM e fatores que sobrecarregam as mulheres no cotidiano. Em certo ponto, após o

relato de uma mulher, mãe de uma criança atípica, que trouxe em sua fala como se sente sobrecarregada com os cuidados do filho e ao mesmo tempo cobrada pela sociedade para exercer outras tarefas além do que já faz, a intervenção de profissionais da própria UBS, os relatos e a cena que se deu durante a dinâmica da roda são interessantes e auxiliam na compreensão de como essa discussão mobiliza aspectos e diz da sociabilidade.

Uma ACS interveio, disse que tudo é culpa da mulher e a trabalhadora dos Serviços Gerais colocou ainda que os homens não aguentariam ser mulher. Que mesmo quando a mulher se diz frágil, ela é forte e citou um episódio em que o filho não queria ir trabalhar por conta de uma dor de cabeça. Segundo ela, disse que falou com ele “Ah mais você vai sim, pois todo mês as mulheres têm cólica e vão trabalhar”. Citei a jornada dupla e tripla de cuidados com a casa, família e filhos e a trabalhadora interveio: “Isso quando a mulher ainda não tem que cuidar do marido”. Nesse momento, um homem estava sozinho na recepção (sua parceira e o filho bebê estavam na fila para informação), com o celular em mãos e dando olhadas breves. Percebi que ele prestava atenção no assunto (DC, 18/10/2023).

Dizer da saúde mental das mulheres implica retornar ao que foi o processo de medicalização desse corpo que está intimamente ligado com o movimento de medicamentação atual que faz delas as maiores consumidoras de remédios para os nervos. A medicalização do corpo feminino caminha em articulação com os preceitos médicos e se consolidou no séc. XIX. Enquanto dispositivo de controle, inicialmente com foco na sexualidade e reprodução, expande-se e atualmente desponta nas questões referentes à saúde mental. Esse processo de tornar o corpo feminino objeto de estudo e intervenção da medicina moral é compreendido por Vieira (2002) como uma das formas de exercício de controle social que, em constante atualização, segue nomeando e captando de forma patológica aspectos relacionados ao ser mulher em sociedades patriarcais.

Em relação à loucura, há de se considerar facetas distintas que possibilitam uma visão por lentes interseccionais. Enquanto o mal-estar das mulheres brancas foi historicamente alocado ao ideal de fragilidade, à repressão do exercício de sua sexualidade e à forte postura e comportamento moral que deveria ser exercido diante do modelo de família tradicional e da igreja, o da mulher negra esteve em suspensão negação, uma vez que a ela foi atrelado o papel de cuidadora, reprodutora e por vezes objeto para satisfação, seja laboral ou sexual, por meio de violências (Gomes; Nagashima, 2018).

Segundo Gomes e Nagashima (2018), a concepção da mulher negra como fortaleza e tolerante à dor, com base no processo colonial-racista, em muito foi fomentado pela medicina,

que, através da sua legitimação social e influência, contribuiu para a patologização e perpetuação de práticas racistas nos saberes médicos. De acordo com ambas,

Além disso, foi criada uma série de mitos sobre a mulher negra, que a define como dura na queda, que não se deixa abalar facilmente por nada, que não sente dor, muito menos se a dor for de cunho emocional – quando na verdade para esta não era aceitável o direito de sofrer: não tinham tempo para isso, e ainda, não havia quem cuidasse delas. Tais concepções contribuíram para desumanização da mulher negra, culminando em um processo histórico de negligenciamento sobre o cuidado em saúde mental dessas mulheres (p. 90).

A prevalência das mulheres como maiores consumidoras de psicofármacos chamou atenção, seja na inserção em campo e no maior número de prontuários acessados de mulheres ou mesmo nos materiais encontrados e utilizados como base para a construção desta dissertação. O estudo desenvolvido por Pereira *et al.* (2021), que buscou entender a relação construída entre o consumo de benzodiazepínicos – enquanto categoria de fármaco – e a dependência de medicamentos psiquiátricos atrelado às vivências de pessoas atendidas na APS, investiga e nos dá uma percepção ampliada da questão. A pesquisa aponta as mulheres não só como as maiores consumidoras dessa categoria farmacológica, como também as mais frequentes na APS, refletindo sobre como o cuidado em saúde é entendido socialmente e o que a presença mais robusta das mulheres nesse tipo de equipamento pode revelar.

A relação das mulheres do território com o consumo de fármacos ficou mais evidente com o estudo de prontuários acessados por via das ACS, como explicitado anteriormente na metodologia da pesquisa. Ao me atentar para esse fato, foi possível afunilar os objetivos do estudo e discutir sobre a questão com a equipe, entendendo que as profissionais da saúde muitas vezes também são atravessadas por esse processo e que as questões das/os usuários/as também as afetam mentalmente.

Após finalizar a leitura (de prontuários), percebi que preciso fazer um recorte de gênero na pesquisa, *pois além de ter dados que dizem de uma maior medicamentação da vida de mulheres, grande parte dos prontuários que as ACS me repassam são de mulheres* (DC, 08/11/2023).

Ainda em relação à categoria benzodiazepínica, o estudo de Silva *et al.* (2016) atrelou à discussão os TMC – depressão, ansiedade, insônia, irritabilidade – e a possibilidade de dependência desse tipo de medicamento. O trabalho, realizado em um município de médio porte do Estado de Minas Gerais, aponta para a prevalência também de mulheres como consumidoras desse remédio e vincula, de forma crítica, essa situação com aspectos socioculturais de gênero,

situando a possibilidade de dependência como uma questão a ser trabalhada, haja vista que o estudo encontra evidências em sua mostra de que a maioria dos usuários que consumiam benzodiazepínicos tiveram dificuldade em suspender o uso e, quando o fizeram, apresentaram sintomas de abstinência.

As autoras trazem para o debate a imagem representativa das mulheres e a vinculação feita com a publicidade da indústria farmacêutica como um fator a ser analisado relacionado à essa prevalência no consumo de psicotrópicos, situando o papel das mídias e da comunicação nesse processo. O trabalho sintetiza o perfil de pessoas usuárias de benzodiazepínicos encontrados, sendo mulheres na faixa etária de 50-60 anos, com baixa formação escolar, baixa renda, sem vínculos empregatícios e com histórico de doenças crônicas instaladas como a população mais suscetível à dependência de psicofármacos.

O delineamento encontrado no estudo nos possibilita a reflexividade através da lente interseccional, uma vez que o acesso deficitário à educação de qualidade e às atividades laborais bem remuneradas dizem de uma desigualdade social que de tão constante passa a ser vista de forma natural. Collins e Bilge (2020) nos atenta a olhar para as violências, inclusive as que assumem caráter sutil, de maneira cuidadosa e vigilante, pois em seu cerne há um fio comum que enlaça o racismo, o sexismo, o patriarcado, a desigualdade de classe e outros marcadores sociais aos aspectos discriminatórios e de exclusão.

No processo de construção de vínculos e de conhecimento das mulheres que dão corpo a esta pesquisa, algumas situações comuns vão de encontro aos estudos anteriormente citados, o que reforça a perspectiva que as vinculações ao gênero se manifestam e se expressam na saúde mental em acordo com aspectos da sociabilidade. Durante as entrevistas, questões relacionadas ao contexto e convívio familiar, rotina de trabalho e cuidado doméstico transpareceram. Chamo atenção para uma leitura cuidadosa dos relatos, que, mesmo situados em categorias específicas, dizem de outros aspectos, conectam-se e interligam-se com os temas propostos.

Importante considerar o lugar do cuidado no processo de saúde e de adoecimento mental das mulheres. Antes mesmo da pandemia da Covid-19, estudos já traziam para o debate a questão de gênero e saúde mental. Dados do relatório “Esgotadas!” ilustram bem esse panorama, uma vez que apontam para a situação financeira e a conciliação das diferentes áreas da vida como tendo os piores índices de satisfação. Em relação ao exercício do cuidado e dentro da amostra da pesquisa, na faixa etária dos 36 aos 55 anos, 57% das mulheres se identificaram como cuidadoras, sendo que entre as pretas e pardas esse número chega a 50%. Ainda segundo o relatório,

Uma mulher sobrecarregada com o cuidado tem menos tempo ou condições para se dedicar ao trabalho remunerado. Uma mulher sem renda digna tem precarizadas suas condições de vida e suas condições de cuidar. Precisamos entender que o adoecimento psíquico é também o resultado dessa conta que não fecha e pressiona de maneira sobre-humana a saúde mental das mulheres (Think Olga, 2023, p. 35).

Essa questão vai ao encontro do relatado por todas as entrevistadas, que têm suas histórias atravessadas pelo exercício do cuidado com terceiros, sejam familiares, parceiros, filhos ou pessoas próximas. O relato de Lenira sobre o processo de depressão que relatou vivenciar, inicialmente depois que completou 50 anos e que se estende – a entrevistada está na faixa etária dos 70 atualmente –, evidencia que, mesmo em um momento delicado, a preocupação com as tarefas domésticas recaiu sobre ela como um fator a pressioná-la a reagir diante do adoecimento.

Lenira: Eu tive depressão. *As minhas depressão era muito, eu ficava assim, um mês, ou às vezes um mês e meio por aí, aí eles contavam as semanas né. Minha irmã, tem uma que vinha, que veio aqui, quando eu tava assim, aí ela falava “Levanta dessa casa, sai daí”, só que não dava vontade de sair não né, não é uma coisa que você quer agora né. Aí eu ia na psiquiatra, aquela coisa toda, ou então, muitas vezes minha depressão passou indo no posto médico aqui do bairro, mas teve vezes que eu tive que ir no psiquiatra mesmo, pra poder melhorar. Minha depressão ela me jogava na cama né [...] Às vezes pra tomar banho é terrível, a roupa, aí eu não queria trocar de roupa porque eu achava que ia dar trabalho pra elas (outras mulheres da família) lavarem, aí eu tinha que melhorar um pouquinho pra poder lavar entendeu, então tinha essa coisa. Quando eu tive depressão eu não gostava de ir na rua não, não ia ali de jeito nenhum, não saía do portão pra fora não.*

Nair, que faz acompanhamento para lidar com o transtorno do pânico e a depressão, relatou que foi o sentimento de sobrecarga e culpa em excesso que a levaram a reconhecer que precisava de ajuda e a procurar um profissional, antes do período pandêmico, que pudesse dar suporte e auxiliá-la no processo de entendimento do que estava sentindo.

Nair: [...] Eu me cobrava demais. Eu me culpava demais, *tudo* me culpava e não tá dando certo é porque *eu fiz errado*, aí que eu vi que eu realmente precisava de uma pessoa para me acompanhar todo mês.

O exercício constante do cuidado e o lugar de pilar, seja financeiro ou mesmo afetivo da família, acaba por contribuir para a inibição das queixas de saúde mental, coagindo as mulheres e levando-as ao silenciamento de suas dores (Zanello, 2010; 2012). Para algumas entrevistadas, como Creuza, ainda que seu sofrimento mental estivesse latente diante de um

cenário de perda de pessoas da família pela Covid-19 – a mãe, o pai e um dos irmãos de Creuza faleceram consecutivamente em decorrência do vírus no período de crise da pandemia –, é necessário estar ou se mostrar bem para acolher e lidar com as demandas de outras pessoas próximas.

Creuza: Tem dias que eu passo o dia tranquila, sabe? [...] mas tem dia que eu choro o dia inteiro, às vezes choro *escondido*, às vezes *eu vou tomar banho pra poder chorar*.

Outra entrevistada, Laudelina, durante o relato de sua história, sinaliza para o quanto as situações familiares que vivencia atravessam seu quadro de saúde mental. Com sintomas depressivos e em meio às lágrimas, ela relatou lidar com o transtorno mental há muitos anos e que as preocupações com filhos, netos e com o marido a sobrecarregam. Situações como dependência química, conflitos familiares e baixa renda são alguns dos fatores que Laudelina expressou como sendo estressores e que estariam relacionados com seu quadro de saúde mental.

Laudelina: Tudo você fica com aquilo na cabeça, tudo prejudica. É que *eu sou muito preocupada*, preocupo com o dos outros.

Ainda durante a entrevista, ela disse que associava sua situação atual com a idade (na faixa etária dos 70 anos) e que, ao questionar o médico que a atendeu em um momento de crise, ouviu do profissional que o quadro depressivo estava relacionado aos problemas que vivencia cotidianamente.

Laudelina: [...] Aí eu fui e perguntei pro doutor: "Ô doutor, mas eu tô assim por causa da idade né?" Ele falou que tem nada a ver, não é só a idade não, *é por causa do seu problema que você tá passando*, a luta, *muita carga muito pesada que você tá pegando* e isso prejudica a mente sim.

Durante o processo de pesquisa e de vivências juntos às ACS, muitas das conversas perpassaram a questão do cuidado e da sobrecarga da mulher como fator de risco para sua saúde mental, inclusive das próprias ACS's, que vivenciaram o período da Covid-19 de maneira mais intensa, atuando enquanto profissionais da saúde, ainda que não sejam consideradas dentro dessa categoria. Durante a pandemia, foram elas as mais expostas, sobretudo pelo fato de serem maioria nos serviços de Atenção Básica (AB), tendo que manejar as atividades provenientes do trabalho com o risco de contaminação, o medo de serem vetor de transmissão do vírus para a

família e a administração das tarefas de casa, que, com o distanciamento social, intensificaram-se (Hernandes; Vieira, 2020).

Sáímos da UBS e fomos conversando sobre o dia a dia no equipamento. ACS Graça me disse sobre como o trabalho em equipe demanda energia e jogo de cintura, principalmente por se tratar de uma equipe tão grande, e que as situações vivenciadas pelos usuários também afetam as ACS e que muitas vezes *quem mais precisa de terapia* (eu entendi enquanto escuta) *são as trabalhadoras do equipamento* (DC, 23/11/2023).

Durante as entrevistas, a relação das mulheres com o processo de adoecimento mental chamou atenção pela dinâmica e pelos tantos sentimentos expressos que envolvem a questão. Em uma situação de sofrimento, as mulheres verbalizaram ou mesmo demandaram cuidado para si ao mesmo tempo que expressaram preocupação com as demais pessoas com quem convivem e se sentem responsáveis. Nair, ao relatar o momento em que soube que teria de se afastar do trabalho devido às questões de saúde mental, nomeou uma série de preocupações que a impossibilitariam de ter esse tempo para o cuidado com si mesma.

Nair: Falei (com a psiquiatra) mas não posso, como que eu vou parar? Eu tenho conta pra pagar, eu tenho uma outra responsabilidade [...] Eu nunca parei, como ficar parada né? As pessoas dependem de mim, como é que eu vou fazer?

Esses relatos vão ao encontro do estudado por Zanello (2010) que nos convida a compreensão do sofrimento psíquico engendrado à fatores que dizem de condições sociais e os papéis de gênero, considerando a pressão que a sociabilidade exerce sobre esses e que recaem diretamente na constituição das mulheres. No caso de Nair, em uma condição de saúde mental delicada, a preocupação inicial não foi com o agravamento da situação e de como ela estava impactando suas vivências e bem-estar, mas como faria para sustentar as responsabilidades que possui com as pessoas que dependem dela. O lugar de Nair enquanto esposa, mãe e cuidadora de familiares pesou em descompasso a importância do cuidado com si e com seu estado de saúde, o que reforça a força exercida pelo papel social da mulher, como explicitado no relato anterior.

Ainda no que tange ao cuidado e ao histórico familiar, todas as mulheres relataram ter casos de transtorno de saúde mental na família, sendo que muitas foram e são as responsáveis diretas pelo manejo, seja da própria medicação ou de itens básicos para esses terceiros. Lenira, que possui uma família extensa, relatou a perda de alguns familiares associada às questões de saúde mental. A mãe e a avó de Nair possuem um quadro psicótico mais grave, alguns irmãos

e irmãs de Lenira e Laudelina também. Creuza citou a tristeza de sua mãe, e Benedita trouxe alguns fatores familiares. A maioria das entrevistadas não especificou os quadros de saúde mental, mas relataram momentos de cuidado e manejo com a questão em suas trajetórias. Na faixa etária dos 70 anos, em outro momento, Lenira se recordou do contato que teve, ainda criança, com os Hospitais Psiquiátricos (HP) da região e de como se sentia ao ver seus familiares internados.

Lenira: Eu tinha duas irmãs, elas tinham uns problemas mentais e *eu cheguei a cuidar delas*, depois elas vieram a falecer [...]. Eu perdi outros dois irmãos [...] um com problemas mentais também. É, minhas irmãs *passaram a vida no hospital* (psiquiátrico) gente, que loucura!

Lenira: Ah, morria de pena delas né, porque você vê sua irmã lá no psiquiatra [...] A gente chegava pra visitar, *a pessoa toda drogada*, toda diferente, nossa senhora, muito remédio.

Para Nair, a lida e o cuidado com pessoas com transtornos mentais se deu também desde a infância, atravessando gerações de sua família. É ela a principal cuidadora de um familiar que possui transtorno mental grave, conciliando a tarefa com as demandas da casa, dos filhos e do casamento. Sobre os HP, disse de recordações de quando ainda era criança e precisava ir no espaço para visitar familiares, pois já se configurava como a principal responsável, mesmo que menina, de pessoas mais velhas da família.

Nair: [...] Na hora da visita que eu ficava muito nervosa, muito triste, a gente vê muitas coisas, que a vida inteira eu fui no Hospital Psiquiátrico né, às vezes... vamos por, meus 10 anos, criança, então eu sempre frequentei.

Laudelina, que também cuidou de familiares internados em HP da região, relatou a preocupação e o medo que sentia quando os parentes fugiam da instituição e das vezes que presenciou o retorno deles para o HP de forma compulsória.

Laudelina: Dois (irmãos) ficava internado lá (Hospital Psiquiátrico) direto. *Aí eu ia visitar e levava as coisa pra eles*. E quando eles fugia? Teve um dia que *tava sentindo medo* porque eles fugia e sumia, mas a polícia vinha aqui quando eles aprontava e levava amarrado de volta.

Creuza, ao relatar sobre o seu sofrimento, disse que o mesmo se aproxima do que era expresso por sua mãe. Segundo ela, a forma de cuidado e administração das rotinas aproximam ambas na maneira como o sofrimento mental se manifesta. Ao dizer da mãe, Creuza não trouxe

um diagnóstico ou quadro de saúde mental, mas expressou através de uma possível sintomatologia algo que percebe compartilhar com a mãe. Interessante observar que a descrição de Creuza está vinculada ao papel de gênero e ao que se espera de uma mulher, esposa e mãe.

Creuza: A minha mãe tinha tristeza. *Eu sofro igual a minha mãe sofria*. Com filho, preocupação, mesmo com eles casados, (com) neto.

Benedita, ao dizer da sua saúde mental e de como hoje busca manejar o cuidado com si por outros âmbitos para além da medicação, relatou as vivências familiares como fator de impacto relacionado ao seu quadro depressivo. Ao longo da conversa, foi trazendo mais detalhes de sua estrutura familiar, de como entende que as relações fragilizadas e, por vezes, desestabilizadas, ou por questões de vulnerabilidade sociais ou mesmo em decorrência de quadros de saúde mental, contribuíram para o transtorno ao longo de seu crescimento. Seja durante sua apresentação pessoal, seja no correr da conversa, o impacto dessas questões no seu quadro de saúde apareceu.

Benedita. Eu tenho 50 anos, vou fazer 51 agora em junho, é... sou mãe de cinco filhos e mais dois que eu criei que foram do meu irmão que foi assassinado... e fui uma criança depressiva, uma adolescente depressiva e me tornei uma adulta depressiva, hoje em dia eu posso falar com você que eu sou melhor, melhor pra lidar, porque eu me tratei, né? [...] Mas você sabe quando você vem de uma família desestruturada igual a minha foi, minha mãe tinha muitos problemas, minha mãe era sozinha, eu tinha 11 anos quando meu pai se matou, entendeu? Você sabe que é complicado, a cabeça não tem...

Nessa seara e com alicerces na interseccionalidade, cabe discutir sobre os diagnósticos em saúde mental e a prevalência dos TMC nas mulheres enquanto uma questão mais ampla e vinculada com a sociabilidade. Importante ressaltar que os TMC – depressão, ansiedade, insônia, irritabilidade – estão vinculados a aspectos como baixa renda e escolaridade, situação financeira e sociodemográfica. Dados da OPAS (2024b) apontam para uma prevalência de transtornos dessa categoria em mulheres, sendo a depressão duas vezes mais comum nas mulheres do que nos homens.

A pesquisa realizada por Zanello e Silva (2012) embasa a discussão por apresentar dados que corroboram a prerrogativa. Ao se disporem a analisar prontuários de homens e mulheres pacientes de dois dos principais hospitais psiquiátricos do Distrito Federal (DF), as autoras se deparam com a categorização de sintomas diagnósticos que explicitam esse cenário. Insônia, ansiedade, tristeza e irritabilidade foram descritas, respectivamente, em 46%, 34%, 28,5% e

23% dos prontuários femininos analisados, em paralelo aos 27%, 13,5%, 12% e 12% dos prontuários masculinos.

Tabela 1 - Relação entre gênero e sintomas (Zanello; Silva, 2012)

Sintomas	Percentual Feminino	Percentual Masculino
Insônia	46%	27%
Ansiedade	34%	13,5%
Tristeza	28,5%	12%
Irritabilidade	23%	12%

Fonte: Elaboração própria com base em Zanello e Silva (2012).

Essas diferenças significativas apontam para uma prevalência de identificação de queixas diagnósticas em mulheres que podem ser consideradas dentro da categoria dos TMC e dizem da vinculação entre o adoecimento e a sociabilidade (Zanello; Silva, 2012; Zanello, 2014).

As cinco entrevistadas apresentaram queixas comuns no que diz respeito à saúde mental, como depressão, ansiedade e insônia. Algumas relataram a possibilidade de acesso à psiquiatria para investigação diagnóstica e entendimento do quadro, outras receberam seus diagnósticos por outras áreas da saúde, como em consulta pela ESF. A essa situação, cabe o relato de Lenira, que nos dá um indicativo de como muitas mulheres acessam psicofármacos e como o cuidado em saúde mental chega para elas.

Lenira: *A primeira vez que eu tive (diagnóstico de depressão) foi aqui no posto médico mesmo [...]. Eu nem cheguei a ir no psiquiatra, porque ela (médica da ESF) me medicou na hora. E ela é pediatra, e ela que me medicou e tudo.*

Durante o relato de como o diagnóstico chegou inicialmente em sua vida, Lenira nos aponta para uma realidade que estudos realizados em diversas áreas do país e citados anteriormente nesta dissertação corroboram: a UBS enquanto equipamento de reprodução de práticas médico-hegemônicas de medicamentação de sujeitos. Importante ressaltar que a prática da ESF exercida nesses equipamentos foi construída para caminhar na contramão desse movimento, considerando sua fundamentação comunitária, territorial e de formação de vínculos societários e de solidariedade entre a equipe residente nas áreas de abrangência, na figura das ACS's, e as demais trabalhadoras (Ministério da Saúde, 2023).

A médica da ESF trouxe um relato de atendimento e de exercício de prática de acolhimento em seu consultório, verbalizou acompanhar determinados pacientes e muitas das vezes solicitar uso de medicação por não ter outro equipamento da rede para encaminhar – foi muito expresso a ausência de atendimento psicológico na rede e como isso direciona para um maior uso de medicação como único suporte (DC, 23/03/2024).

Acompanhei uma médica da ESF em sua rotina de atendimentos. Segundo ela, a demanda por saúde mental no território é imensa e a ausência de psiquiatras na rede pública de saúde contribui para a medicalização. Casos de automutilação com ideação suicida estão sendo atendidos na UBS devido à ausência de médicos. Segundo a médica, a demanda por saúde mental é tão grande que “Deveria ter um CAPS só para esse território” (DC, 10/05/2023).

No que diz respeito ao sofrimento mental e seus desdobramentos na sociabilidade das entrevistadas, para além da tentativa de administrar a tristeza, a ansiedade e a insônia com as atividades e cuidados domésticos, as situações se agravaram na realidade de três das cinco mulheres ouvidas, que relataram episódios de tentativas de suicídio ou mesmo reconheceram que esse pensamento, em algum momento, já foi cogitado. Laudelina disse ter tentado o suicídio quatro vezes ao longo de sua vida e que o primeiro episódio se deu com ela ainda jovem. Segundo ela, essa situação a levou a sua primeira internação em decorrência de saúde mental.

Laudelina: Com 19 anos eu já tomava Diazepam. Eu com 19 anos tentei suicídio, tomei um vidro de comprimido, fui para no CTI, fiquei muito mal. Tentei umas três vezes o suicídio e é por isso que eu tenho medo da depressão, ela que faz isso [...] olha o que a depressão faz com a gente [...] Tentei três vezes o suicídio, aí veio essa depressão forte, que a minha vida era só chorar e chorar [...].

Benedita, que tem um histórico de saúde mental vinculado ao consumo de muitos psicofármacos e que atualmente toma apenas quando se sente em crise, trouxe um pouco do contexto familiar ao relatar as tentativas de suicídio que teve ao longo da vida. Na faixa etária dos 50 anos, verbalizou com certo saudosismo e reconhecimento que já cumpriu com o que entende ser seus deveres enquanto mulher, esposa e mãe, como forma de justificar os pensamentos sobre morte que às vezes permeiam sua mente em dias que sente seu humor mais rebaixado.

Benedita: Deixa eu me explicar: eu sou filha de suicida e tentei o suicídio três vezes, *hoje eu não faria de forma alguma*, a poucos dias atrás eu falei com Deus, eu estava lá na minha varanda, porque todo dia às 5hrs (da manhã) eu vou para minha varanda e faço oração pelo bairro e eu estava lá na minha varanda e falei assim “Ai senhor, já deu pra mim, já vou fazer 51 anos e meus filhos já estão adultos, já vi meus netos, então já posso parar por aqui, eu já cumpri o propósito da minha vida, né?” Aí estava com esse pensamento, *naquele dia eu estava tão cansada, tão cansada, tão angustiada, tão... sabe?* Aí vim pra dentro e fui ler a bíblia, aí peguei um versículo da bíblia, comecei a ler e aí acabei de ler, aí entrei no grupo de *WhatsApp* e aí a irmã tinha acabado de postar “Você está viva demais para morrer agora”. Aí eu comecei a chorar e falei “Pai, me perdoa, quero morrer agora não, eu estou viva demais pra morrer agora”. *É cansaço, mas a gente cansa, hoje eu não... igual eu falo*

com você, jamais eu... na minha mente não passa, sabe? Porque já fui parar no CTI três vezes por causa de tentativa de suicídio e se eu estou aqui é porque Deus tem um propósito na minha vida.

Nair, ao dizer de como lida com o medo que a acompanha cotidianamente e que a levou ao afastamento do trabalho, relatou que hoje compreende a importância de conversar, de falar de suas questões com alguém e de fazer acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Segundo ela, o preconceito e intolerância da sociedade com pessoas que sofrem de algum transtorno mental corroboram o estigma que ronda o tratamento e o próprio suicídio. A sensação do pânico, a angústia e o mal-estar que sentia a impediam de verbalizar e a levaram a temer uma tentativa de suicídio.

Nair: Vai tirando as cicatrizes... vai tirando os pesadelos (falar com alguém, fazer psicoterapia), porque muitas vezes na crise do Pânico a gente tem muito pesadelo e pesadelos horríveis e depois você acorda assim, assustada, com muito medo. Há uns meses atrás, *eu tinha medo de chegar na varanda, porque eu achava que eu ia me jogar lá embaixo, mas não é porque eu queria me jogar lá embaixo, parece que o corpo da gente que vai.* E é muito ruim essa sensação e *eu tinha medo até de falar com a minha médica.* E quantas vezes eu não ia né, agora graças a Deus eu tô bem, mas eu não dava um passo pra chegar na varanda. Eu chegava ali e me dava uma tonteira e parecia que eu ia cair e parecia que *essa era a única solução, porque a gente quer acabar de sofrer ... não quer sofrer.* É aonde a gente entende também né, essa parte do suicídio, essas coisas... não é porque as pessoas *querem*, é a depressão né, *a depressão precisa ser tratada mesmo*, são várias feridas que precisam ser tratada.

Esses dizeres vão ao encontro também do trabalhado pelo estudo de Dantas *et al.* (2022) que discutem sobre o “paradoxo do suicídio” de forma crítica e interseccional através de uma perspectiva engendradora. O referido paradoxo é utilizado para denominação do fato dos homens morrerem mais por suicídio em contraponto a um número maior de tentativas e ideação por parte das mulheres, o que aponta que são elas as mais afetadas por esse tipo de comportamento. O autor e as autoras sinalizam sobre a questão de forma vinculada ao gênero e indicam que as desigualdades não só determinam o modo de vida como também podem influenciar no comportamento suicida.

Relacionado à pandemia de Covid-19, o estudo se ancora em dados do DATASUS de 2022 que evidenciam uma elevação significativa nas taxas de suicídio nos primeiros, terceiro e quarto trimestres de 2020 se comparado com os dos anos de 2016 a 2019, indicando um aumento respectivo de 14,07%, 10,88% e 13,45%. Indo ao encontro de outros materiais que ressaltam o agravamento da saúde mental das mulheres no período pandêmico, Dantas *et al.*

(2022) reforçam o papel de gênero, a sobrecarga das mulheres durante a vivência do isolamento social – uma vez que a sociabilidade impõe a elas os cuidados da casa, dos filhos e de familiares –, as dificuldades financeiras e de renda, a maior exposição ao contágio pelo vírus devido à prevalência na área da saúde e a violência doméstica, em suas diversas formas de expressão.

Sobre esse último ponto, dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) publicados em maio de 2020 apontam para o significativo aumento de feminicídios no país no ano de emergência da Covid-19, chegando ao crescimento de 22,2% se comparado com o ano anterior. Ainda segundo a nota técnica, o crescimento das denúncias telefônicas via 188 se deu de forma robusta, totalizando 27% se comparado também com o ano anterior. No período que os estados brasileiros, de forma geral, já estavam sob medidas de distanciamento social, o crescimento foi de 37,6%, o que nos alerta para o ambiente familiar enquanto fator de risco para muitas mulheres (FBSP, 2020).

Todas as entrevistadas foram perguntadas se desenvolvem outras formas de cuidado com a saúde mental para além do consumo de fármacos – que é entendido dessa maneira e que será discutido na próxima categoria mais robustamente. A religiosidade foi algo muito presente nos relatos, inclusive como uma ferramenta de enfrentamento ao que foi o período da Covid-19 e as perdas que se sucederam por contaminação do vírus, como também de lidar com o sofrimento mental e até mesmo com as adversidades da vida, haja vista o histórico familiar descrito anteriormente.

Lenira, ao decorrer da entrevista, citou Deus e sua fé em vários momentos como forma de lidar com todas as atribulações que já vivenciou. Atualmente, disse estar em uma fase mais tranquila, que consegue manejar os cuidados com os três familiares com quem convive e que precisam de seu suporte cotidianamente com o quadro depressivo, que em sua concepção está estável. Quando perguntada sobre alguma ferramenta e atividade, além das medicações, para suporte e auxílio nos períodos mais agudos de crise depressiva, colocou a fé em primeiro lugar.

Lenira: Ah, primeiro a igreja, Deus... Mas *primeiro* é Deus né. Se você não agarrar nele minha filha, o negócio é feio. Se você não tiver fé em Deus, eu acho que né, você vê essas pessoas lá no Rio Grande do Sul, que eles ficam, muita pouca pessoas, a gente fica vendo as reportagens, fala em Deus. Deus tá na frente, gente. *Ele com todos os problemas que a gente passa, se a gente não tiver fé em Deus, não... eu, na minha opinião, a gente não consegue as coisas que a gente quer.*

Creuza, que perdeu três familiares próximos para a Covid-19, disse que o momento de atribulação e sofrimento a aproximou ainda mais da fé e que sente que, sem ela, seria ainda

mais difícil lidar com o que vivenciou e com a saudade de quem se foi. Para ela, a morte pode ter sido uma forma de poupar pessoas que eram tão ativas e independentes de um quadro mais delicado em saúde em decorrência das sequelas da própria Covid, o que também traria sofrimento. A indignação e tristeza com o corrido, ao serem elaboradas, deram lugar ao entendimento e conformação de que, talvez, o melhor para seus familiares, fosse o descanso frente a luta que travaram contra o vírus.

Creuza: A gente ia sentir muito ali, muito mais,.. E o dia que não pudesse ir lá? E meu pai? Ele já tinha esse problema, se ele ficasse com deficiência e minha mãe também? Como que a gente ia conviver, nós ali? Eu morando aqui, com meus problemas, não estava podendo por causa do joelho. Como que eu ia fazer pra cuidar deles, ajudar a minha irmã? Então a gente agradece a Deus por isso, porque às vezes eu penso isso, eu tenho meu pensamento assim também. Eu *conformo* com isso, tem hora, por isso. Eu falo, e se eles ficassem mal? Já *cobrei* muito de Deus, porque Deus levou tudo de uma vez. Mas aí vem essa hora, que eu estou te falando.

Para Benedita, a fé é muito importante, também uma forma de lidar com o transtorno mental. Segundo ela, que relatou ter se curado do quadro depressivo através da fé, o apoio que encontra na igreja que frequenta ocupa o tempo e faz com que se relacione mais com as pessoas, algo que deixou de fazer por conta do medo de contrair a Covid-19 durante o período pandêmico. Quando sente seu humor mais deprimido ou alguma angustia maior, disse buscar esse elemento como maneira de se confortar e de não desistir da vida.

Benedita: É igual eu estou te falando, eu acho que a fé é muito importante e assim uma coisa que eu creio muito é em Deus, eu sempre me apoiei muito em Deus e eu falo com Deus “Se não for pra mim, retire!”, então eu acho assim, a fé é muito importante. A fé eu acho que é muito importante, eu acho que *a pessoa que tem algum problema mental* assim, eu acho que a fé é *muito importante*. Eu sou portadora de Esclerose Múltipla a 22 anos, quando fui diagnosticada tive surtos ruim, parei de andar, parei de enxergar, tive bastante surtos... e assim, a fé me levou em um outro nível, né? Porque, pra você ver eu ando pra tudo quanto é lado, eu faço minhas coisas... claro, tem suas limitações, às vezes uma dores assim que do nada aparece, mas estou aqui! *Então eu acho que a fé é muito importante pra quem tem qualquer tipo de problema.* [...] Se você não tiver fé, se não tem alguma coisa *não tem como você se erguer*.

A religiosidade também é vista como um lugar de confiança na eficácia do tratamento medicamentoso. Laudelina, que já tomou muitos medicamentos psiquiátricos em paralelo a outros para cuidado em saúde no geral, durante toda a entrevista relatou o sofrimento e as dificuldades que cotidianamente enfrenta e as violências que já passou e que crê no efeito

positivo das medicações atuais para sanar a questão da saúde mental vinculada à fé. Ao reconhecer que precisava de ajuda, verbaliza que deseja sair do quadro que se encontra e que a fé será seu suporte.

Laudelina: [...] Não *parece* que tô sofrendo, mas tô sofrendo muito. Eu sei que eu tô, mas *vou sair dessa*, se Deus quiser em nome de Jesus (fala chorando). Olho no espelho, eu tô ficando velha eu sei que eu tô, olha como eu tô *acabada*, mas a *tristeza tá acabando comigo* e eu tô envelhecendo mais. Aí fico ruim da cabeça e vai me dando medo, *eu tô sentindo medo outra vez*.

Laudelina: É, aí eu tô tomando (psicofármacos), *pra melhorar*, e se Deus quiser vai dar bom.

Nair disse que, em momentos de crise, busca ouvir pregações como forma de acalmar a mente ou mesmo silenciar os pensamentos ansiosos. Por ter uma criação vinculada à religiosidade, disse que esses momentos a auxiliam no processo de lidar com o sofrimento no cotidiano e de manejar os efeitos provenientes do transtorno mental nas suas atividades diárias. Por exercer o cuidado de forma extensa e constante com pessoas próximas, relatou que nessas situações não se sente pressionada ou fazendo algo por obrigação, o que a tranquiliza e permite que possa ficar em silêncio, abstraindo-se da rotina corrida e dos afazeres domésticos.

Nair: Às vezes eu fecho o olho e coloco uma mensagem, uma pregação, eu sempre gostei mais de pregação, porque aí vai falando do cotidiano do dia a dia. É o que uma família vive né. E isso sempre me acalmou aonde eu tenho assim esse meu refúgio com silêncio, onde eu não me sinto obrigada.

Sobre a questão da religiosidade enquanto maneira e espaço de suporte para lidar com questões tangenciais a saúde mental, é importante destacar que o convívio em espaços religiosos e o acolhimento proporcionado por muitos desses não exclui o acompanhamento médico e psicológico ou substitui o consumo de psicofármacos (quando julgado necessário pelo especialista). O estímulo a partilha, convívio social e acolhimento se destacam como comportamentos sentidos por aquelas/es que buscam no exercício da fé suporte para entendimento e superação de momentos delicados, mas devem estar acompanhados de tratamentos fundamentados na ciência (Alves, 2022).

Importante considerar também o cuidado na acolhida e aconselhamento de pessoas em situações de transtorno mental por parte de lideranças religiosas, a fim de se evitar equívocos, reverberação de práticas preconceituosas e excludentes e fomento ao estigma em saúde mental. Alves (2022) ressalta também a religiosidade vinculada aos fatores de desigualdades sociais,

pobreza e ausência de suporte adequado na rede pública de saúde mental, considerando que a amplitude da RAPS no país ainda se mostra fragilizada frente à crescente demanda por profissionais da psiquiatria e psicologia nos serviços que a compõem.

Alguns estudos apontam para um maior vínculo entre a dificuldade de se acessar a rede pública de cuidados em saúde mental com a aproximação de instituições religiosas, o que nos possibilita a compreensão de que para muitas pessoas são essas as instituições que chegam como serviços de acolhida e cuidado. Borges *et al.* (2019), em estudo multicêntrico realizado em seis países da América, incluindo o Brasil, apontam que apenas 30% das pessoas que têm problemas em saúde mental recebem algum tipo de tratamento e cuidado para a questão no país. Desse quantitativo, menos de 40% recebem tratamento minimamente adequado e dentro dos pressupostos de cuidado integral em saúde mental.

As entrevistadas se sentiram confortáveis e confiantes ao longo do processo da entrevista para expor situações cotidianas e trazer fatores que dizem de suas histórias e que impactam – segundo elas e conforme expresse anteriormente – diretamente nos quadros de saúde mental que apresentam. Acredito que o processo de construção de vínculos anteriores às entrevistas com elas, que se deu através de VDs constantes e conversas mais informais sobre o tema, tenha auxiliado na sedimentação de uma confiança mútua.

As questões vinculadas ao gênero e à atribuição unilateral do cuidado, seja com a casa ou com pessoas da família, apareceram ao longo das entrevistas na forma em que se expressam no cotidiano. As cinco entrevistadas possuem queixas que se enquadram dentro dos TMC, e entender isso através da perspectiva interseccional nos permite uma compreensão alocada e que está de acordo com estudos previamente realizados que apontam para uma maior prevalência dessas queixas/diagnósticos em mulheres. Uma pergunta que ecoa é: Por quê? Por que são as mulheres as maiores consumidoras de psicofármacos e também as mais diagnosticadas dentro dos TMC? Espero que os relatos expressos nesta dissertação possam apontar um caminho para essa compreensão.

O encontro com o HP e com o histórico de diagnóstico e medicamentação familiar foi algo comum nas entrevistas e, por minha parte, inesperado. O relato das mulheres, muitas com memórias vivas do que foram as internações nos manicômios, as visitas aos seus familiares internos e os sentimentos mobilizados em decorrência da situação que enfrentavam evidencia que, ainda hoje, colhemos frutos e sentimos os impactos do que foi a internação compulsória e os HP no país. Essas histórias reforçam a importância do comprometimento com a RP e com um cuidado em saúde mental menos predatório e estigmatizante, ao contrário, que seja mais democrático, livre e de acordo com o contexto social.

O agravo em saúde mental e o sofrimento sentido de forma contínua foram evidenciados nas falas através da aproximação com o suicídio e com pensamentos de morte ditos por algumas das entrevistadas. No caso de duas, há um histórico de tentativas e internações vinculadas à questão que contribuem para a compreensão de ambas que o sofrimento mental despersonaliza tanto as pessoas que o sente ao ponto de levá-las a cometer tal ato. Os pensamentos de morte e de fim da vida são entendidos por elas hoje como um alerta de que o quadro depressivo/ansioso não está estável e que necessitam de suporte, seja médico ou medicamentoso, para lidar com a situação de forma a prevenir e evitar atitudes mais danosas contra si mesmas.

Ainda que não seja o foco deste trabalho, considere importante dizer da maneira como a religiosidade apareceu durante as entrevistas, haja vista que foi algo comum a todas elas. Para as mulheres entrevistadas, através da leitura e da escuta, a fé, a crença em algo maior, foi expresso como um dos suportes para entender, lidar e manejar o sofrimento psíquico no cotidiano atual e no período pandêmico. Na próxima categoria, será possível trabalhar de maneira mais robusta o lugar dos medicamentos para os nervos e como eles são compreendidos pelas entrevistadas que dão corpo a esta pesquisa. A pandemia, objetivo de compreensão do referido estudo, aparece como um ponto de partida para o consumo de medicamentos em muitas das histórias ouvidas e não se desvincula de uma percepção fundamentada na interseccionalidade e no gênero.

Agradei a Creuza pela oportunidade e pela abertura de partilhar sua história comigo de forma tão singular e gentil. Após a entrevista, pude conhecer seu esposo e conversar brevemente com ele também. Ao final, ela me levou até o portão e demos um abraço de despedida, e no meu caso, também de agradecimento (DC, 02/05/2024).

6.2 “A GENTE VÊ QUE REALMENTE A GENTE PRECISA DESSE CUIDADO”: PSICOFÁRMACOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO

O relato que nomeia essa sessão foi dito por Nair, mulher cisgênera na faixa dos 40 anos, autodeclarada parda, que possui um histórico de saúde mental familiar e um quadro que se instalou no período da crise sanitária da Covid-19. A lente interseccional aqui também será ferramenta de análise e compreensão, uma vez que o exercício de entendimento de como o psicofármaco se tornou prática de cuidado, ou pelo menos uma das, será proposto. Em sua trajetória de vida, Nair acabou por se aproximar muito da área da saúde, inclusive enquanto

fonte de renda, o que a possibilitou o trânsito de percepções, compreensão do funcionamento de medicamentos psiquiátricos e de manejo autônomo deles.

Na situação de Nair, outras atividades são exercidas por ela como forma de cuidado em saúde mental, como a religiosidade – trabalhada na categoria anterior – ou mesmo o silêncio, como ferramenta de acalmar os pensamentos e se organizar internamente. O acompanhamento multidisciplinar também é uma realidade que apareceu em seu relato como suporte para lidar com as nuances, ora da ansiedade ora da depressão, em seu cotidiano. Para todas as entrevistadas, o remédio para os nervos ocupa um lugar de cuidado, não único, mas protagonista dentro do que elas conseguem acessar, o que não caminha em desencontro aos estudos referenciados nesta dissertação.

O entendimento do consumo de medicamentos como principal forma de tratamento e possibilidade de cura ou mesmo de sanar e estabilizar o sofrimento mental não inibe o medo e a angústia de se tornar dependente dele. Essa questão esteve presente em todos os relatos, cada uma, à sua maneira, expressou com firmeza o receio de se tornar dependente das drogas vendidas em farmácias ou acessadas gratuitamente pela UBS. O medo de ficar dependente foi descrito como mais um agravante aos quadros de saúde apresentados, o que motivou muitas das entrevistadas a manejar o consumo por conta própria. A essa situação cabe a percepção de agenciamento das mulheres diante da condição de seu sofrimento e do consumo dos medicamentos, o que expressa a posição ativa e consciente delas diante de todo o processo e as retira do lugar paciente atribuído aos sujeitos que acessam os serviços de saúde.

Durante as entrevistas e de acordo com as histórias narradas, foi possível compreender como o consumo de fármacos para fins de saúde mental acabou por se sedimentar enquanto ferramenta, se não a mais viável, a com melhor efetividade no cuidado do adoecimento mental. Lenira, mulher cisgênera, parda e na faixa etária dos 70 anos exemplifica essa situação em seu discurso.

Lenira: Eu *sempre* usei remédio antidepressivo, *esses anos pra cá tudo*. [...] Eu usei *vários* remédios que eu nem lembro, de *tantos* que já passaram. Foram muitos, desde essa época, depois dos 50 (anos) aí que essas coisas que veio...

A essa situação cabe citar Whitaker (2017), que retoma o processo de fabricação e advento dos psicofármacos nos EUA e como a ascensão dessa tecnologia farmacêutica se expandiu e contribuiu para a construção dos manuais de diagnóstico e tratamento em psiquiatria. A compreensão histórica dos psicofármacos, ainda que com o recorte estadunidense, contribui para um olhar crítico da situação na latino-américa, haja vista que

posteriormente – com as singularidades de cada país – esse movimento se integra as práticas de saúde global. Apresentar aqui um breve panorama do histórico dessa situação tem por intuito auxiliar no entendimento do manejo cotidiano dos medicamentos expressos nos relatos.

Data de 1940 a descoberta da Toranzina, substância que posteriormente foi nomeada como a que deu tom a “revolução farmacológica”. Desde então, a indústria farmacêutica não foi mais a mesma, protagonizando a descoberta de medicamentos com diversos efeitos no funcionamento do corpo e do cérebro. Dos neurolépticos – categoria criada para medicamentos que se apoderam do sistema nervoso – aos estimulantes, inibidores leves e tranquilizantes, uma gama de medicamentos toma conta do mercado e, no espaço de três anos, o tratamento em psiquiatria se revolucionou. Whitaker (2017), ao traçar o período de criação e ascensão desses medicamentos, pontua como o uso se deu por adaptação de substâncias utilizadas para outros fins e a ausência de uma construção específica para quadros de saúde mental.

No curto espaço de três anos (1954-1957), a psiquiatria ganhou novos medicamentos para acalmar os pacientes agitados e maníacos nos manicômios, para a ansiedade e para a depressão. Mas nenhuma dessas drogas foi desenvolvida depois de os cientistas identificarem algum processo patológico ou anormalidade cerebral que pudesse causar esses sintomas. Elas provieram das pesquisas pós-Segunda Guerra Mundial para encontrar pílulas mágicas contra doenças infecciosas, quando os pesquisadores, durante esse processo, tropeçaram em compostos que afetavam o sistema nervoso central de maneira desconhecida (Whitaker, 2017, p. 69).

Considerando esse cenário, é possível inferir que as drogas psiquiátricas não advêm de um processo de construção técnico-farmacêutico voltado para compreensão e entendimento do sofrimento mental em si, mas são consequência de estudos com substâncias utilizadas para outros fins médicos que ocasionalmente foram identificadas como impactantes, não nos sintomas, mas na expressão do transtorno mental. Na atualidade, o cuidado em saúde mental com base na medicamentação se expande para além do complexo médico-farmacêutico e passa a ser entendido como a principal via de tratamento, ainda que seu histórico não evidencie uma prática centrada na questão. Aqui, cabe citar que todo esse movimento se dá sob a égide capitalista neoliberal, que influencia diretamente o processo de compreensão de saúde e doença e como o transtorno mental é tratado no cotidiano (Oliveira, 2018).

Há de se considerar que o consumo em massa de medicamentos psiquiátricos e a produção desses são fruto também do processo de construção e disseminação da Teoria do Desequilíbrio Químico (TDQ), proposta em 1965 por um cientista do *National Institute of Mental Health* (NIMH) dos EUA, em paralelo ao processo de adaptação e testagem de

substâncias para fins psiquiátricos e de lançamentos no mercado de remédios para controle e inibição de sintomas psicopatológicos. Vinculado inicialmente ao desequilíbrio químico dos transtornos afetivos, essa teoria abriu portas para a sedimentação de um saber psiquiátrico ancorado na desregulação cerebral como fonte primária de transtornos mentais e para o entendimento de outros quadros com base na desregulação de químicos, como a esquizofrenia (Whitaker, 2017).

Mesmo com indicativos que os transtornos mentais possuem relações com fatores biopsicossociais, ainda hoje essa perspectiva do TDQ é muito utilizada por profissionais da medicina hegemônica, o que auxilia na explicação dos altos índices diagnósticos e medicamentosos na população brasileira e nos leva a olhar para a cultura enquanto lugar onde esses estigmas se reproduzem e são fomentados pelo mercado medicamentoso. Se tratando dos diagnósticos em psiquiatria, Zorzanelli (2014) nos convida a olhar para como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), atualmente na sua quinta versão, deixa de ser um aporte teórico para fins médicos e se torna objeto cultural com ação não restrita ao ambiente médico-hospitalar, mas que se alastra na compreensão dos sujeitos do que é saúde e doença, dos quadros de sofrimento mental e dos sintomas desses.

A autora nos leva a refletir para o adentro do vocábulo psiquiátrico no cotidiano e de como essa vocalização nos influencia no processo de nomear angústias até então não inseridas na gramática do sofrimento/adoecimento psíquico (Zorzanelli, 2014). Essa perspectiva viabiliza um entendimento do processo de diagnóstico em saúde mental alocado na sociabilidade e de como, ciclicamente, o social e o DSM – enquanto dispositivo de controle e nomeação – se influenciam no movimento que deságua na conjuntura atual de saúde. Segundo ela, torna-se possível conceber que cada versão do DSM impactou, e segue impactando, na produção de ideias sobre doença, diferença e anormalidade.

Para exemplificar o exposto acima, cabe citar que no Brasil não é adotado o DSM – em nenhuma de suas versões – no processo de regulação e compreensão dos diagnósticos em saúde mental, mas a Classificação Internacional de Doenças (CID) que é revista e publicada pela OMS. Ainda assim, a linguagem, conceito e entendimento do DSM permeiam a formação em saúde e o entendimento do transtorno mental, estando intrinsecamente ligada ao processo de medicamentação, uma vez que o diagnóstico faz a ponte entre saber médico e o tratamento pelo viés medicamentoso (Zorzanelli, 2014). Se o entendimento do que é saúde e doença, normal e patológico, passa pelo crivo da sociabilidade e estando o DSM em posição de interferência e influência na cultura, considerar esse aspecto para entender o sofrimento mental

contemporâneo é crucial para retirar o debate da lógica individual – de que o sofrimento seria responsabilidade do sujeito que o sente/expressa – e alocá-lo coletivamente.

Classificar a patologia implica também dizer da norma. Frances (2016), ao problematizar o advento e excesso dos diagnósticos em psiquiatria, convida-nos para um retorno ao normal, aqui entendido como o dismantelar de uma lógica que aloca na patologia sofrimentos e angústias envoltas de um arcabouço social de desigualdades. Para ele, compreender esse movimento implica retirar do lugar de diagnóstico e de medicalização aspectos da vida comum que foram capturados pela gramática dos manuais diagnósticos e problematizar a necessidade cada vez mais latente das sociedades em dar nome, número e tratamento farmacológico para questões entendidas como complexas ou incômodas.

Segundo o autor, não há fórmula pronta para o retorno a uma lógica social de não enquadre das diferenças em caixas e formas prontas de tratamento – se é que um dia estivemos em outra lógica de cuidado que não nesses parâmetros. Frances (2016) propõe uma discussão com manejo e sem extremos, para que, ao tentar propor algo tangencial e em dissonância do que está posto, não se caia em outro extremo, que também tende a reverberar violências e violações.

Voltar ao normal, conforme uso a expressão, não nega o valor do diagnóstico e do tratamento psiquiátricos. Ao contrário, é um esforço para manter a psiquiatria fazendo o que faz de bom dentro dos limites apropriados. Ambos os extremos são igualmente perigosos – tanto a expansão do conceito de transtorno mental, que elimina o normal, como a do conceito de normalidade, que elimina o transtorno (Frances, 2016, p. 41).

Nesta dissertação e enquanto profissional e pesquisadora, busco através do exercício do cuidado evitar lógicas sem ponderação. Não se trata de “jogar o bebê fora com a água do banho” conforme popularmente se diz, mas refletir criticamente acerca do processo histórico de entendimento da saúde mental e de construção dos psicofármacos e se ancorar em horizontes possíveis de tratamento e manejo não fundamentados em estigmas, preconceitos e despersonalização, mas junto com os sujeitos, considerando a realidade social que os circunda e que diz do quadro de adoecimento que manifestam.

Diante disso, buscar referências outras no campo da saúde mental é crucial para que se entenda o tratamento para além dos medicamentos e se pense no adoecimento mental como resultando também de uma sociedade desigual. No campo da psiquiatria, resgatar Fanon (2008) para esse debate é necessário, uma vez que, atuando enquanto médico psiquiatra, o autor não só considerava a questão da desigualdade social vinculada ao adoecimento/sofrimento mental

como também aspectos raciais. Em seus estudos sobre o papel da cultura e do processo de colonização e racismo na formação e constituição subjetiva da população negra, tornou-se referência no exercício de uma prática médica psiquiátrica comprometida e contra hegemônica.

Ao discorrer sobre a vinculação estabelecida entre as violências sofridas pela população negra e a psicopatologia, Fanon (2008) inaugura um entendimento que abarca aspectos sociais – em sua formação histórica – a quadros psicopatológicos, ciente da relação sujeito-sociedade e da forma como essa pode configurar uma sintomatologia. Com alicerce em seus trabalhos, é possível partir de um lugar outro para entendimento e cuidado da saúde mental, de acordo com aspectos interseccionais e que se propõem entender a queixa para além do diagnóstico, mas situada em um arcabouço social que diretamente influenciam em sua manifestação.

O aspecto racial e territorial presente em sua obra – uma vez que discorre sobre o processo de adoecimento do povo argelino na luta por sua independência –, ao ir de encontro aos aspectos da interseccionalidade, possibilita um não deslocamento dos sujeitos do todo maior em que se inserem, pelo contrário, através do manejo cuidadoso e aprimorado, inclui a categoria do conflito como questão formativa. O autor contribui para a perspectiva de cuidado em saúde mental desta dissertação, pois neste trabalho não se desconsidera os aspectos de raça e classe das mulheres entrevistadas, ao invés disso, são essas algumas das interseccionalidade consideradas quando me proponho a escutar sobre o psicofármaco no dia a dia de cada uma.

No movimento de construção desta dissertação e no ambiente no qual ela se deu, pude constatar que o uso de medicamentos se dava muito vinculado ao diagnóstico em saúde mental. O manejo no cotidiano, a ausência de desmame e às vezes o consumo por indicação de terceiros também foi expresso, mas a lógica operante está estritamente vinculada ao diagnóstico, o que justifica trazer esse tema para a categoria proposta, ainda que não sendo seu objetivo direto. Importante destacar que o advento da gramática psiquiátrica e psicológica no cotidiano opera de forma que muitas das vezes os sujeitos chegam nos serviços de saúde já nomeando o mal-estar que sentem, o que retira o diagnóstico do estrito saber do médico especialista.

Sobre essa questão, cabe citar a existência da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), que atualmente está na sua terceira versão (2022) e que foi construída para operar no contexto da APS, considerando aspectos territoriais e comunitários e a forma diferente de como o diagnóstico se apresenta nesse espaço. A CIAP não foi construída para atuar independente e paralelamente aos outros manuais, pelo contrário, utilizando-se inclusive dos preceitos do CID. Sua existência se justifica pela particularidade de como os casos de saúde chegam às UBS, incluindo de saúde mental, e a necessidade de manejo e cuidado diferenciados

para atender a demanda populacional e entender o que a queixa diz do contexto social-comunitário de onde o equipamento se situa (Fortes *et al.*, 2014).

Sobre a relação psicofármaco-diagnóstico e como ela se expressa no cotidiano, cabe aqui trazer o relato de Nair que, ao mesmo tempo que expressou anseio pelo diagnóstico, pois via nele uma forma de acessar um tratamento efetivo para sua queixa em saúde mental, temia o que pudesse ser, como receio do estigma social, exclusão ou mesmo preconceito. O histórico familiar de Nair teve influência nessa percepção ambígua, haja vista que é a principal cuidadora de familiares com transtorno mental e presenciou internações nos HP ainda quando criança.

Nair: [...] Então eu também *tô com diagnóstico* e a médica não quer falar, mas eu não conseguia *entender* o quanto é *importante* a medicação para *ajudar* a gente a ter uma vida melhor. Não é porque o remédio é o Carbolitium que é o Quetiapina, é Carbamazepina esses remédios, Haldol, que é porque eu sou doida, porque eu sou louca não. É porque é essa medicação que vai fazer um efeito aonde vai te deixar *estabilizada*.

Para Lenira, a estabilização da queixa e a possibilidade de se ver melhor com o uso do fármaco também são a força motriz para o consumo contínuo de remédios para os nervos. Na faixa etária dos 70 anos e com um histórico de consumo de medicamentos, vide o relato anterior, afirma que a não ingestão acarreta na dificuldade ou impossibilidade de exercer tarefas cotidianas ou mesmo necessárias para o bom funcionamento do organismo, como dormir. O mal-estar, nomeado posteriormente em consulta com especialista como depressão, teve essa atribuição anteriormente por sua conta própria e foi reforçado pela médica da ESF presente na UBS na época da primeira crise. A insônia, questão que atualmente relata lutar, já que o quadro depressivo se encontra estável, é o que a mantém consumindo fármaco.

Lenira: Todos os dias e se eu não tomar remédio pra dormir eu não durmo. Não durmo e eu fico assim, desesperada, porque eu sempre fui muito dorminhoca, então depois desses anos assim, se eu não tomar, eu passo a noite em claro.

Ao longo da conversa, outras questões que dizem respeito à sua sociabilidade ganham espaço, e Lenira relatou como os problemas familiares impactam seu sono. Importante dar lugar para essa questão, pois, como é ela a cuidadora de muitas pessoas da família, o ponto dialoga com os preceitos de gênero discutidos na categoria anterior. Seu relato também pode ser refletido em contestação a TDQ, já que, em sua lógica operante, regularizar os hormônios do sono biologicamente seria o suficiente para suprimir a insônia e, logo, levá-la ao estado de sono.

Cabe lembrar também a insônia enquanto uma categoria dos TMC, que possui mais incidência em mulheres (Szegö, 2024).

Lenira: Eu tomo Clonazepam... Ele me *faz bem*, eu tomo *um só*, à noite. [...] Se você tiver muito agitada, tiver com algum problema na família, aí *eu tomo dois*, aí pra me *acalmar*... aí que *me acalma e me relaxa*.

Algumas das entrevistadas relataram o uso de muitos fármacos diferentes. Benedita, durante o processo da entrevista, disse já ter consumido sete tipos diferentes de medicamentos, todos com fins psiquiátricos. A possibilidade de um acompanhamento multidisciplinar pelo SUS por conta de um outro quadro de saúde que possui foi de grande importância nesse processo, uma vez que foi necessário manejo entre as medicações para saúde mental e para as outras comorbidades.

Benedita: Já consumi sete tipos. Eu sei que tomei Citalopram, tomei Amitriptilina, aí teve um tempo que mudou e tomei Fluoxetina, já tomei Paroxetina... tem mais, espera aí... Rivotril, Diazepam, sempre mudava alguns, sabe? Eu precisei ter acompanhamento com psiquiatra, eu tive acompanhamento também com psicóloga.

Durante a entrevista, Laudelina fez questão de trazer a caixa de sapatos que atualmente guarda todos os medicamentos que utiliza. Ela, que tem dificuldade de leitura devido à impossibilidade de concluir os estudos perante a necessidade de trabalhar ainda na infância, disse que conta com o auxílio de familiares para entender os medicamentos e administrar os horários de consumo. O histórico de transtorno mental e de internações em CTI decorrentes de tentativas de suicídio compõem a teia em que Laudelina se vê presa ao consumo de medicamentos psiquiátricos.

Laudelina: Até trouxe a caixinha, tem o Bromazepam, esse aí que a doutora do posto passou pra mim, no lugar do Diazepam. Porque a doutora falou que esse não vicia muito não, pode tomar esse aí. Mas igual eu falei, não tava valendo nada, aí tenho que ver com o psiquiatra.

Ao relatar as medicações que consome, fez um breve histórico sobre remédios utilizados anteriormente e a necessidade de troca devido ao que considera uma baixa eficácia e impacto dos medicamentos. Laudelina disse trocar sua experiência com pessoas próximas que sabe que consomem remédios psiquiátricos, seja o mesmo ou outros medicamentos, como uma tentativa

de entender mais sobre os efeitos colaterais que sente, conhecer outros fármacos com o mesmo fim e até mesmo mudar para medicações com efeitos colaterais menores ou menos paralisantes.

Laudelina: Esse aí (Amitriptilina) não tava dando certo aí voltou pro Diazepam, agora vou pedir para passar pra outro, porque eu nunca tomei não, a minha irmã toma ele e ela falou que ele é mais fraquinho, não é igual ao Diazepam. E não é perigoso e não vicia a gente não.

Muitos dos medicamentos descritos e recordados pelas entrevistadas compõem a família dos benzodiazepínicos e são distribuídos gratuitamente nas UBS com base na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Os benzodiazepínicos são conhecidos por atuar no sistema nervoso central com efeitos variáveis, como a sedação, o controle do humor e de quadros ansiosos e o relaxamento muscular. Muitos estudos apontam essa categoria medicamentosa como a mais consumida pelas mulheres que acessam os serviços públicos de saúde com queixas dentro dos TMC e que retiram medicamentos gratuitamente nas farmácias populares ou na Farmácia Central (FC) de referência dos municípios (Silva *et al.*, 2016).

O município de Juiz de Fora (MG), onde se localiza esta pesquisa, possui uma FC situada no centro comercial da cidade. Busquei, através da articulação com pessoas do NUPSID e também pelos contatos disponíveis no site da Prefeitura, abrir o caminho para diálogo com o serviço, com intuito de compreender o cenário de dispensação de psicofármacos da região. Ainda que muitos benzodiazepínicos estejam disponíveis para retirada nas farmácias das próprias UBS, outros são de entrega exclusiva pela FC, e muitas pessoas acabam retirando lá os medicamentos, seja por facilidade ou pela disponibilidade de tempo e acesso.

Após construir articulação, foi possível acessar o serviço, dialogar com suas/seus trabalhadoras/es e entender um pouco do cenário municipal. Dados das listagens acessadas, que datam de 2019 a 2023, apontam para o consumo substancial, mas sem grandes aditivos no período agudo da Covid-19, indo na contramão de estudos anteriormente citados. Cabe salientar que os dados da FC dizem da sua sede, e não abarcam os números de saída de psicofármacos nas unidades de saúde, o que pode estar relacionado à essa questão. A título de exemplificação e entendimento, uma tabela com dados de consumo mensal e anual de quatro psicotrópicos foi construída, sendo eles: Amitriptilina, Clonazepam, Diazepam e Fluoxetina. A escolha desses quatro medicamentos se deu pela prevalência nos relatos das entrevistadas e histórico anterior de consumo.

Tabela 2 – Relação psicotrópicos, consumo mensal e consumo anual da Farmácia Central de Juiz de Fora referente aos anos de 2019-2023

Ano	Psicotrópicos disponíveis na Farmácia Central	Consumo Mensal	Consumo Anual
2019	Amitriptilina, Cloridato de 25 mg	100.000	1.200.000
	Clonazepam 2mg	250.000	3.000.000
	Diazepam 10 mg	70.000	840.000
	Fluoxetina, Cloridato de 20 mg	220.000	2.640.000
2020	Amitriptilina, Cloridato de 25 mg	100.000	1.200.000
	Clonazepam 2mg	250.00	3.000.000
	Diazepam 10 mg	60.000	720.000
	Fluoxetina, Cloridato de 20 mg	220.000	2.640.000
2020 2021	Amitriptilina, Cloridato de 25 mg	80.000	960.000
	Clonazepam 2mg	250.000	3.000.000
	Diazepam 10 mg	60.000	720.000
	Fluoxetina, Cloridato de 20 mg	220.000	2.640.000
2022	Amitriptilina, Cloridato de 25 mg	80.000	960.000
	Clonazepam 2mg	180.000	2.160.000
	Diazepam 10 mg	60.000	720.000
	Fluoxetina, Cloridato de 20 mg	180.000	2.160.000
2023	Amitriptilina, Cloridato de 25 mg	80.000	960.000
	Clonazepam 2mg	180.000	180.000
	Diazepam 10 mg	60.000	720.000
	Fluoxetina, Cloridato de 20 mg	180.000	2.160.000

Fonte: Elaboração própria, 2025.

De acordo com os dados da tabela, datados conforme os registros acessados do serviço de dispensação, foi possível observar um movimento de manutenção e aumento em alguns fármacos no período agudo da Covid-19 em detrimento de outros. Clonazepam e Diazepam, que fazem parte da família dos benzodiazepínicos, foram muito consumidos, totalizando juntos 3.720.000 de doses em 2020. Esse consumo se manteve em 2021 e apresentou uma leve queda em 2022, chegando aos 2.880.000, decaindo em 2023 para 960.000. Importante destacar que esse serviço fornece medicamentos para usuárias/os dos CAPS de todo o município e também para pessoas residentes em toda extensão territorial da cidade.

A queda no consumo mensal dos quatro psicotrópicos, se comparado os anos de 2019 e 2022, não sinaliza, necessariamente, uma redução no consumo desses medicamentos por parte da população. Conforme expresse anteriormente, há dados que indicam o aumento no consumo desses remédios associados ao período da crise sanitária junto do crescente diagnóstico dos TMC, como a pesquisa citada anteriormente do CFF (2020), que apontou um aumento entre os anos de 2017 e 2020, chegando aos 17% no ano da crise da Covid (Américo, 2021). Esses dados, mesmo que em contraste, alertam-nos para uma dispensação, ainda que decrescente,

extremamente significativa, podendo sinalizar lacunas ou mesmo gargalos no acesso às medicações psiquiátricas pela rede.

Ainda sobre os psicotrópicos, têm-se os dados de uma pesquisa realizada pela FioCruz Minas, que apontam um maior consumo de medicamentos em Minas Gerais. Segundo o estudo, os fármacos mais consumidos durante a pandemia foram a Fluoxetina (depressão), o Diazepam (ansiedade) e Fenobarbital (epilepsia) ao comparar os dois períodos, anterior e posterior à crise sanitária. As análises, que compreendem desde janeiro de 2018 a dezembro de 2021, apontam que, entre os medicamentos listados no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o Clonazepam (prescrito para ansiedade) apresentou um aumento de 75,37%, e o Carbonato de Lítio (prescrito para tratamento do transtorno de bipolaridade) 35,35%. Além das incertezas que assolaram e contribuíram para o aumento do uso, a pesquisa aponta que as mudanças na legislação de dispensação de fármacos no período da crise, de 2020 a 2023, também influenciaram para o cenário de aumento (Barros; Silva, 2023).

Aqui cabe citar Creuza, que iniciou o consumo de medicamentos psiquiátricos na pandemia. Ela, que teve a dinâmica familiar muito afetada pela perda de pessoas queridas, viu-se em casa, em uma situação atípica e muito preocupada com a saúde de seus familiares. Segundo Creuza, que não se recordou do nome dos psicofármacos que consumiu, o receio de depender dos medicamentos para a realização de suas atividades diárias fez com que repensasse o consumo e buscasse outras alternativas de cuidado para sua saúde mental.

Creuza: Então, aí eu tomei esses fortes por pouco tempo. Eu não quis tomar, tinha dia que tava aqui em casa compradinho, mas eu não queria tomar porque eu achava assim “eu vou tomar e eu vou dormir, amanhã se eu não tomar eu não vou dormir”. Eu não queria, eu não tava aceitando. Eu joguei fora, eu não quis.

O medo da dependência dos psicotrópicos apareceu nas cinco entrevistas. Todas as mulheres relataram, de algum modo, temer a dependência e/ou não conseguir se ver mais sem o medicamento. Esse sentimento, vinculado ao desejo de melhora do quadro de saúde mental e da necessidade de se sentir melhor até mesmo para lidar com as questões cotidianas, foi expresso, sendo possível conceber os tantos lugares nos quais o psicofármaco transita na vida de quem os consome. Agrega-se a isso os efeitos colaterais relatados pelas entrevistadas que, ao contarem suas vivências, expressaram as ferramentas desenvolvidas para a compreensão da situação e manejo como tentativa de lidar melhor e evitar mais agravo a própria saúde mental.

Endossando essa discussão, tem-se o estudo proposto por Diehl e Manzini (2010), que corrobora autoras/es anteriormente referenciadas/os ao apontar como razões possíveis para o

alto número de prescrição de psicofármacos para as mulheres a incompreensão por parte da equipe médica das queixas desse público junto à associação histórica e cultural da depressão enquanto sendo uma doença do feminino e a influência da indústria farmacêutica – que se utiliza da imagem da mulher em larga escala nas propagandas e mídias de medicamentos para os nervos. Para as autoras, o movimento da medicamentação dos corpos femininos diz respeito também às diferenças de gênero que tangenciam o processo de saúde-doença (Diehl; Manzini, 2010), discutido de forma mais profunda na primeira categoria.

Ainda segundo elas, esse processo diz do papel social de dificuldades socioeconômicas e desigualdades que as mulheres estão expostas e submetidas, reverberando a percepção do feminino enquanto frágil. Compreender essa sistemática implica reconhecer e desenvolver artifícios que auxiliem na identificação do sofrimento mental das mulheres implicado no cotidiano e como ele pode modificar as relações em que elas estão inseridas. A alta incidência de mulheres como consumidoras tanto da categoria diazepínica quanto de outros psicofármacos é resultado de um movimento histórico de individualização e patologização do que toca a sociabilidade feminina (Zanello, 2010; 2012).

Para Nair, desde quando entendeu que era preciso tomar medicações para estabilizar seu quadro, tornou-se difícil conceber a possibilidade de não tomar mais nenhum medicamento psiquiátrico. Segundo ela, era difícil se ver sob os efeitos colaterais e evitar a auto cobrança referente à sua disposição para as atividades domésticas e agilidade na execução de tarefas de casa. Foi preciso que Nair olhasse para si mesma com mais cuidado e compreensão para que os efeitos dos remédios não provocassem ainda mais sobrecarga para sua saúde mental, podendo ocasionar em um agravo maior do quadro.

Nair: Eu *nunca* fiquei sem (psicotrópicos). [...] Uns dava enjoo, uns deixava mole, sonolenta, fraca. Aí onde *eu me cobrava* “eu não consigo dar conta de tudo igual eu dava antes”, “aí eu queria ser igual antes”. Aí às vezes e fico olhando as fotos: Nossa eu arrumava a casa, tudo rápido. Não, hoje eu vou varro a casa, varro o quarto, sento. São *tempos diferentes*, não consigo dar conta de tudo rápido, mas não me cobro mais, *antes eu me cobrava e me entristecia* agora eu falo “Ah então se não deu aí depois eu vou fazer”.

Benedita, que hoje tem recomendação médica para consumo de um fármaco em caso de crise, o que a deixa muito agradecida diante de seu histórico robusto de uso de medicamentos, ao dizer do efeito colateral de alguns remédios, relatou uma situação inusitada que vivenciou na pandemia, período em que fazia uso de três medicamentos continuamente. Ela diz:

Benedita: Na pandemia eu usava o Escitalopram e o Paroxetina... Tinha um outro, mas era... eu não lembro, mas tinha um outro, mas ele me fazia dormir tanto que eu cheguei a levantar da cama e sair fazendo xixi pela casa.

Das cinco mulheres entrevistadas, Benedita foi a única a relatar o impacto das medicações no âmbito da sua vida sexual. Segundo ela, na época em que chegou a consumir sete fármacos diferentes, conseguiu acessar pelo SUS tanto acompanhamento psicológico quanto orientações com a sexóloga, uma vez que toda a cartela de remédios afetava diretamente sua libido e sua relação conjugal.

Benedita: Eu precisei ter acompanhamento com psiquiatra, eu tive acompanhamento também com psicóloga, com a sexóloga e foi muito bom pra mim, porque na época que eu tomava esses remédios todos aí a libido dispenca, né?

Considero importante trazer esse relato de Benedita por tocar em um ponto sensível sobre os efeitos colaterais dos psicofármacos e nos distintos âmbitos em que seu consumo afeta a vida das mulheres. Sei que falar sobre saúde sexual feminina e também sobre o desejo sexual das mulheres ainda é um tema cercado de machismo e misoginia, principalmente se toca a questão da baixa libido como um efeito colateral. Com olhar interseccional e histórico, cabe resgatar a existência da catalogação de transtornos vinculados à baixa libido em mulheres (Disfunção da motivação sexual da mulher CID-11 HA01.0, 2024), bem como as práticas morais que se exerceram sob os corpos femininos, desde a rotulação de “frígida” até a de “perversa”, graças a presença, intensa ou não, do desejo e prática sexual.

Para essa discussão, cabe o uso da obra de Del Priore (2011), que, ao se debruçar no resgate da sexualidade e do erotismo na história e constituição do país, narra a tamanha repressão sexual na qual as mulheres foram submetidas, considerando o histórico de colonização do Brasil por países de práticas cristãs. A autora sinaliza que tamanho controle do sexo e do exercício da sexualidade respinga na sociabilidade atual e fomenta uma compreensão distorcida e patológica do desejo sexual feminino, da possibilidade de prazer e satisfação sexual da mulher.

A queixa da questão libidinal partindo apenas de uma das entrevistadas nos convida a refletir sobre a ausência nos demais relatos dessa questão. Alguns fatores, como o de ainda hoje se tratar de um assunto delicado, os tabus que tangenciam a vivência sexual, a faixa etária maior de algumas das demais entrevistadas e a dificuldade de dialogar sobre o exercício sexual de mulheres mais velhas, fato esse ligado ao machismo e etarismo, podem estar envolvidos nessa

ausência sentida. Zoroufchi *et al.* (2021), em estudo realizado, apontam para a relação intrínseca entre o consumo de benzodiazepínicos e distúrbios sexuais, incluindo a baixa libido. Conforme outros estudos anteriormente citados, há uma prevalência de consumo dessa categoria entre mulheres, o que nos possibilita inferir que são elas, em seu cotidiano, as majoritariamente afetadas por esse efeito colateral indesejado.

Das cinco mulheres entrevistadas, dentre as que ainda consomem o fármaco regularmente, algumas formas de manejo e relação com os medicamentos se mostraram mais latente durante a conversa. Lenira, que disse não se recordar de cabeça todos os psicotrópicos que já utilizou – segundo ela, por serem muitos –, disse esperar que o que consome atualmente seja o suficiente para mantê-la estabilizada.

Lenira: Porque os outros fala “Ah porque você tem que trocar de remédio, tem coisa”, mas eu espero que esse de hoje fique bastante anos, porque ele funcionou.

Para Nair, o psicotrópico assumiu não apenas uma forma de cuidado de si e manejo do transtorno mental, mas também de refúgio frente as adversidades cotidianas, conflitos familiares e ausência de rede de apoio para administrar as questões. Com conhecimentos técnicos na área da saúde e farmacêutica (Técnica em Enfermagem), por certo tempo se automedicou através do acesso facilitado aos medicamentos sem a necessidade de receita médica. Em seu relato, é possível conceber como que diante de adversidades a entrevistada exerceu, de forma autônoma, controle sobre o uso de remédios, ainda que de maneira contraindicada.

Nair: Aonde eu me refugiava? Nos remédios. [...] Qualquer momento que alguém me procurava eu estava dormindo ou trabalhando.

Nair: No início eu acho que prejudicou (a formação na área da saúde) porque eu tinha mais facilidade e acesso, tinha as amostras, tinham as receitas e aí eu pegava e comprava. E aí eu pegava, ou então chegava um paciente falava assim “Ah eu tomo Bup”, “Com o Bup eu tô emagrecendo”, ah, beleza, então vou tomar o Bup. “Ah eu tomo Topiramato”, tá, então vou tomar, tanto que eu comecei a tomar o Topiramato por conta própria, o Rivotril gotas também foi por conta própria. Hoje eu entendo que não é assim, hoje eu entendo a importância daquele... a Quetiapina, eu tive muita resistência porque eu falei assim “Ah, então tô doida, aí então agora eu soltei mesmo né”, falei com a doutora, porque agora eu entrei com uma medicação que só quem tem Alzheimer toma, foi um choque, porque no início a doutora queria entrar com Carbolitium, falei “Quê?” Carbolitium não, a mãe tomou Carbolitium a vida inteira, a minha avô tomava Carbolitium, então eu tenho Transtorno Bipolar então”. Não doutora, pelo amor...

Ainda em seu relato, é possível perceber as muitas atribuições que o medicamento assume no cotidiano de quem os consome. Seja como forma de cuidado, fuga e/ou refúgio, a intenção maior é se ver estável perante o sofrimento mental. Ao relatar o que biologicamente sente em um momento de crise, Nair reforça o quanto as medicações são importantes para estancar reações que geram ainda mais angústia, somando-se ao quadro instalado.

Nair: Graças a Deus sabe, é difícil, é muito difícil, mas a gente tá sobrevivendo né ... a tudo isso. Não deixando de tomar as medicações que é importante, é onde que nos dá força também. A gente vê que realmente a gente precisa desse cuidado. Não é só falar não, porque na hora que dá crise o coração dispara, parece que você vai morrer. O ar falta... o ar faltar é horrível... é horrível, essa sensação é horrível, é uma dor, é uma loucura. Eu prefiro tomar meu remédio do que eu sentir aquela falta de ar.

Foi Bendita a única das mulheres a relatar uma experiência de desmame de medicamentos psiquiátricos. O desmame consiste no processo de diminuir a dose até cessar seu uso com acompanhamento médico. Durante essa fase, profissional e atendida/o dialogam e retiram, aos poucos, os psicotrópicos com intuito de inibir reações adversas mais severas do organismo ao sentir a ausência do medicamento e possibilitar uma readaptação do sujeito ao cotidiano sem o consumo de determinado fármaco. O desmame é recomendado nas situações de redução ou mesmo finalização do uso de remédios psiquiátricos e deve ser manejado junto de especialista (Filardi *et al.* 2021).

Bendita: Os outros eu não tive desmame... da Amitriptilina eu tive desmame para passar para outro e assim os outros eu tive desmame... Escitalopram também tive desmame e parei, não tomo mais nenhum hoje!

O desmame é uma prática regulamentada e indicada, mas que se mostrou de execução deficitária tanto nos relatos das entrevistadas quanto nos diálogos que tive com demais pessoas que consomem psicotrópicos e que também são sujeitos desta pesquisa. Muito do que pude escutar vai na contramão dessa prática tão indicada e essencial nos casos de consumo de remédios para saúde mental. Interromper por conta própria ou cessar o uso repentino dessa categoria de fármaco pode gerar uma série de efeitos adversos, aumentar a magnitude das crises ou mesmo levar a comportamentos de abstinência.

O consumo de medicamentos não deve se dar em um contexto em que não haja um horizonte de interrupção possível. É importante que a equipe de acompanhamento, no caso da APS, a figura da médica da ESF, inicie a prescrição vislumbrando a possibilidade de cessar o

uso através da diminuição gradual e desmame. Filardi *et al.* (2021), ao se dispor a analisar as práticas e os discursos que tangenciam o uso de psicofármacos através de entrevistas realizadas com médicos/as que trabalham na ESF, apontam para a necessidade de receitar o medicamento considerando sua inserção e alterações no cotidiano de quem os consome e a desprescrição dos fármacos como estratégia possível, desafiadora e que demanda manejo e acompanhamento multidisciplinar.

Não se ver sem o medicamento ou mesmo se deparar com o comportamento de abstinência diz de um processo de dependência que se instala, aos poucos e silenciosamente, em quem consome psicotrópicos e que pode passar despercebido pela rede de apoio, pois a dependência farmacológica pode ser confundida com o tratamento contínuo e até com a busca pelo bem-estar. A dificuldade de interromper o consumo, de voltar ao exercício de certas atividades sem o uso do medicamento e o uso prolongado das substâncias são características importantes de se considerar mediante os relatos, haja vista que, para algumas das entrevistadas, o psicofármaco faz parte de sua rotina há anos, levando-as a se tornarem fármacodependentes (Silva *et al.*, 2016).

Todos os relatos expressam uma relação estabelecida com os medicamentos agenciada pelas mulheres. Enquanto pesquisadoras/es e profissionais, temos o péssimo hábito de desconsiderar a atuação das pessoas frente as situações que vivenciam. Busquei, ao máximo, evitar cair nessa cilada acadêmica durante a execução e construção desta dissertação. Os sujeitos não são passivos, são capazes de reinventar e agenciar questões que tangenciam seu viver e sua saúde mental. As mulheres que compõem esse estudo, ao dizerem de como fazem uso dos fármacos, qual medicamento tomam hoje, a maneira e quando consomem, dizem das atitudes desenvolvidas frente ao momento de sofrimento mental com intuito de cuidar da questão, entendendo-se e buscando compreender o que seria melhor para sua realidade.

É nesse movimento de agência diante da situação que Creuza optou por interromper o uso de remédios psiquiátricos e se aproximar da homeopatia como forma de tratamento e cuidado em saúde mental. A possibilidade de ingerir medicamentos mais naturais e sem o risco de dependência foram cruciais para que ela passasse a manejar em seu cotidiano o uso dos fitoterápicos prescritos pelo profissional com quem faz acompanhamento. Importante ressaltar que Creuza conseguiu acesso ao homeopata através do SUS e segue em acompanhamento com o profissional vinculado pelo serviço público de saúde.

Creuza: Me ajudou mais a homeopatia. Está me ajudando. Falei que eu ia parar, mas eu não vou parar não. Me ajuda. Esse remedinho aí me ajuda. Se

não faz bem, muito mal também não vai fazer. Mas na minha cabeça está fazendo bem.

A entrevistada ressalta ainda a possibilidade de interromper o uso dos fitoterápicos sem correr o risco de reações de abstinência como um facilitador, o que a incentiva a seguir com o tratamento em saúde mental por essa via.

Creuza: Se me der vontade, vou lá e tomo. Se tem necessidade, vou lá e tomo. Se não tiver, eu não vou tomar.

Após o diálogo com enfoque nos fármacos, perguntei às mulheres se elas exercem algum tipo de atividade que as auxiliam com o cuidado em saúde mental. Essa pergunta se deu de forma despretensiosa e com intuito de conhecer as atividades exercidas por lazer que as auxiliam a lidar com as crises em saúde mental e com momentos delicados do cotidiano. A religiosidade, citada na categoria anterior, apareceu em todas as entrevistas como uma forma de suporte e auxílio na lida com os altos e baixos da saúde mental.

Lenira disse gostar de assistir televisão e escutar rádio. Segundo ela, desde os programas da manhã até as novelas da noite são interessantes. O cinema também é uma de suas atividades favoritas, apesar de não conseguir ir com frequência devido aos cuidados e tarefas familiares que exerce.

Lenira: [...] O que me distrai é rádio, é televisão. [...] Gosto de cinema, mas hoje em dia você nem vai em cinema. Ler também eu lia muito, hoje em dia eu não gosto mais.

Para Benedita, o trabalho que exerce na igreja hoje é uma atividade fundamental para sua saúde mental. As atividades coletivas, a responsabilidade frente as tarefas e a confiança das pessoas a auxilia a ocupar a mente e a focar em outras situações quando sente que sua saúde mental está fragilizada. Fazer algo com propósito, segundo ela, dá sentido aos seus dias e a fortalece diante das adversidades da vida.

Benedita: Eu sei que eu tenho algumas famílias que a igreja se comprometeu, que a igreja mantém... então eu sei que eu tenho que separar as cestas (básicas) dessas famílias, então essas coisas preenchem meu tempo. Então assim, mesmo que a cabeça dá umas “coisas” aí você sabe que você tem que fazer alguma coisa, entendeu? Você tem que ter a mente trabalhando, se a mente não trabalhar só vem besteira na mente.

Segundo Creuza, que relatou em certo momento da entrevista não ter desejado fazer acompanhamento psicológico após a perda de seus familiares para a Covid-19, a terapia é feita através do vai e vem de suas agulhas e linhas que formam os bordados que produz. Além de ser uma fonte de renda, os bordados para ela são expressão de cuidado e afeto para com quem ama. Ela, que está sempre disposta a ensinar as pessoas a bordar, inclusive enquanto aguarda nas filas, disse se sentir bem consigo mesma através das linhas e do exercício de criação.

Creuza: Eu tenho minhas atividades... meu crochê, meu bordado. É isso aí que é minha terapia, é isso aí! Sem isso aí eu não vivo não... sem eu pegar numa agulha durante o dia... eu tenho que pegar! É a minha terapia. [...] Comprei um novelo de linha, aí eu falo que é meu comprimido. Meu comprimido é minhas linhas. Onde que eu vou, eu compro uma linha, estou sempre ali com a atividade.

O cuidado com plantas, caminhadas ao ar livre e conversas com pessoas próximas que se configuram como rede de apoio também apareceram como estratégias para manejo da saúde mental. Como tive a oportunidade de estar com elas em outros momentos, anteriores às entrevistas, pude dialogar sobre a existência de outras ferramentas para lidar com o sofrimento psíquico. Laudelina e Nair disseram saber da importância da atividade física e da tentativa de se exercitar, mesmo diante do mal-estar que sentem às vezes, seja em decorrência do quadro de saúde mental ou mesmo do efeito das medicações e de outros quadros de doenças crônicas, como no caso de Nair, que tem Fibromialgia.

Nair: Nossa, todos os meus médicos colocam em negrito fazer exercício. Aí eu tento, mas o medo não deixa. Eu vou lá na praça, chegando na praça eu paro, quero voltar correndo, aí não consigo. Entrei na academia, tenho medo de chegar lá na academia. Então esse medo, do Transtorno do Pânico, ele vem de várias formas né. O medo de ficar perto de um monte de gente, é eu querer ficar perto de gente, mas ao mesmo tempo você não quer ficar. Porque te faz mal aquilo, te dá tremores, te dá tonteira, me dá crise de choro e... “Vamos para o pilates”, então eu fui para o pilates, “Ah, hoje eu não tô afim”, aí vem a preguiça, vem a dor. Aí só de pensar, a dor aparece que vem generalizada.

Cada uma a seu modo, todas as entrevistadas aprenderam e aprendem, cotidianamente, a lidar com a questão, com o que foi a pandemia, com o luto – que será trabalhado de forma mais robusta na próxima categoria –, com o que ficou do período pandêmico e também com o quadro de saúde mental que apresentaram em certo momento da vida e que vêm a se estender ou se manifestar em determinadas situações. Todas elas lidam ou já lidaram com os psicotrópicos e aprenderam a manejar, com certa autonomia e entendimento de si mesmas, os

remédios em seu dia a dia. São mulheres, mães, esposas, amigas, filhas, tias, avós que exercem muitas tarefas cotidianas e que em certo momento da vida receberam uma prescrição de psicofármaco.

A receita assinada não foi entendida como um decreto, mas como a possibilidade de acesso a um tipo de cuidado mais imediato e por vezes necessário em um momento de crise. Medicamentarizar foi, se não a primeira estratégia, uma das a se tornar viável na sociabilidade de cada entrevistada. Ainda assim, consumindo ou não remédios para os nervos atualmente, essas mulheres buscaram entender seus sintomas, o que causa dor e angústia, pontos sensíveis de suas histórias e desenvolver ferramentas para lidar com isso, considerando suas rotinas de trabalho e cuidado. Não foram pacientes ou passivas, mas agentes do próprio tratamento em saúde mental.

Finalizo essa categoria com dois registros importantes. O primeiro diz de uma lembrança muito significativa que recebi de Creuza após nossa entrevista. O objeto, bordado à mão por ela, foi me dado com muito carinho e recebido por mim com o mesmo cuidado. O segundo está relacionado ao dia em que realizei duas entrevistas. Estava caminhando pelo bairro, após a segunda entrevista, um café com bolo e prosa na casa da entrevistada, e me deparei com um entardecer digno de um registro. Deixo aqui as imagens que representam um tanto do que foi esse processo.

Figura 7 - Fotografia 07. 02 de maio de 2024.



Fonte: Acervo Pessoal (2024)

Figura 8 - Fotografia 08. 16 de maio de 2024.



Fonte: Acervo Pessoal (2024)

6.3 “EU PASSEI A SENTIR A DOR DAS PESSOAS”: PANDEMIA E ADOECIMENTO MENTAL

Na categoria que encerra esta dissertação e diante de todo o material acessado durante meu período de inserção na UBS e de contato direto com as entrevistadas, tomo por cuidado me ater, principalmente, aos relatos expressos por cada uma das cinco mulheres ouvidas para a execução desta etapa do trabalho. O caminho construído até aqui, embasado de forma robusta, possibilita que os relatos nessa parte sejam expressos de forma ainda mais constante. Ater-me, principalmente, ao que foi dito é também uma forma de respeitar a dor de quem perdeu familiares e amigos pela Covid-19, o sofrimento que advém da impossibilidade do encontro com aquelas/es que faleceram.

Todo o caminho que deságua nessa categoria nos possibilita compreender e sentir o peso de cada fragmento aqui relatado, de cada sentimento descrito, de cada mudança sentida e nomeada pelas mulheres que são o corpo, a voz e a forma desta dissertação. Em memória das pessoas que faleceram em decorrência da Covid e de tudo que a mim foi partilhado, expressei meu pesar. Sinto muito e me solidarizo com cada partida que se deu, com cada encontro que foi interrompido, com as conversas que foram silenciadas, com os abraços que foram apaziguados, com a presença que foi retirada e com o vazio, que hoje ocupa um espaço significativo no peito de quem o sente e nos dias de quem passou a conviver com ele. Das cinco mulheres entrevistadas, três relataram a dor de perder familiares e/ou pessoas próximas, e duas não vivenciaram o luto por morte, mas vinculado às mudanças na rotina e nas atividades.

Dizer das vivências no período pandêmico implica em considerar perdas, seja de familiares, entes queridos, da rotina, do trabalho ou da possibilidade de se reunir e socializar como antes. Todo esse processo envolve o luto e deixou uma marca, uma cicatriz, na sociabilidade atual, que ainda vive o processo de retomada das relações e do entendimento do quanto esse período afetou sua saúde mental e suas relações. Essas marcas, sintomas de um período que se foi, mas deixou rastro significativos nos sujeitos, podem ser nomeadas enquanto trauma (Birman, 2020).

A concepção de trauma discutida por Fassin (2016) de forma crítica contribui para um entendimento desta gramática por estar relacionada aos contextos de crise humanitária, o que diz do que foi o período pandêmico. De acordo com o autor, o testemunho da população deve ser de maior interesse dos profissionais da saúde e das demais áreas que trabalham nesses contextos de crise do que a categorização da resposta psíquica enquanto trauma. Enquanto um guarda-chuva amplo, o diagnóstico do trauma é atravessado por afetos e formas singulares de expressão do sofrimento, ainda que vivenciado de maneira coletiva, e não deve ser compreendido por uma lógica totalizante. É necessário a escuta das pessoas e a disponibilidade para compreensão de como o sofrimento pode vir a se manifestar em cada uma.

Ancorada na perspectiva e reflexividade de Fassin (2016), é possível discutir os objetivos do trabalho de compreensão do impacto da pandemia da Covid-19 na saúde mental e no consumo de psicofármacos com base no testemunho das cinco mulheres entrevistadas, considerando as singularidades e aproximações de cada realidade. Ao trauma enquanto categoria, inclusive diagnóstica, não se nega o lugar decorrente da crise sanitária, mas não é pretendido utilizá-lo enquanto condição para o entendimento panorâmico do que foi dito e construído ao longo dos meses em campo. Aloca-se a ele fatores psicossociais, econômicos e políticos, ampliando sua compreensão, significância e relação com a sociabilidade para além do campo estrito de uma resposta da saúde mental frente as adversidades (Birman, 2020).

Relacionado ao luto, entende-se que o período pandêmico foi permeado por lutos: por exemplo, pela rotina alterada, pelo trabalho ou desemprego, pela impossibilidade de socializar e partilhar momentos presencialmente e por todas as atividades que, momentaneamente, foram alteradas e foram adaptadas ao cenário da crise. O luto por morte é também considerado, haja vista o grande impacto nas organizações familiares, na possibilidade ritualística (ou em sua impossibilidade) e mesmo de manejo e assimilação da perda. É um momento de incertezas, envolve a aflição por uma perda e o desconhecimento dos sentimentos, emoções e situações que serão alteradas em decorrência da ausência da pessoa querida (Dantas *et al.*, 2020).

Sobre esse processo, Rodrigues (2020) nos convida à reflexão de como a precariedade da vida – conceito discutido por Butler (2015; 2019) – foi expressa e acentuada no período pandêmico, vinculado aos aspectos de desigualdade social. A autora atenta para o luto como um processo que demanda o reconhecimento, de forma individual e coletiva, da perda e de como essa ausência é sentida, uma vez que as relações entre sujeitos dizem do constante atravessamento do eu com o outro e de quem nos tornamos nesse movimento ambíguo (Rodrigues, 2020).

Ao que tange o processo de vida e morte, Rodrigues (2020) chama atenção ainda para o impacto das modificações na ritualística do luto em decorrência da crise sanitária como fator que dificultou também a aceitação da perda da pessoa querida. Para ela, a experiência da morte implica no reconhecimento, inclusive coletivamente, da ausência de quem se foi e do que ficou, expresso e fortalecido através da memória. Viver o luto e exercer a condição de enlutável é acessar o direito de expressar o pesar da perda e condição que aponta para a necessidade de cuidado com a vida latente.

Butler (2015; 2019), ao discutir uma compreensão engendrada do luto vinculada aos aspectos sociais e políticos nos convida a refletir sobre o luto enquanto o processo comunitário e potente, mobilizador de ações e com potencial transformador. Ao refletir sobre quais mortes

são passíveis de se enlutar, a quais corpos é permitido sentir a ausência e expressar o luto, ela discute esses aspectos vinculados à sociabilidade e discorre sobre a precariedade de certas vidas, sendo o precário vinculado à ausência de recursos sociais e políticos mínimos para um existir não violento. Assim, a vida precária dos sujeitos também é expressa em sua morte e a possibilidade ou negação do exercício do luto pela ausência sentida.

Considerando o cenário da pandemia da Covid-19 no contexto brasileiro e a forma como o luto se deu, é possível vincular esse período atípico e a concepção de Butler (2015; 2019), haja vista que para muitas vidas precárias, se quer vivenciar o luto foi permitido e possível no país. Para muitas famílias, a despedida de pessoas queridas foi impossibilitada, seja pelo risco de contaminação ou pela ausência de um protocolo ou informações que pudessem garantir acolimento e manejo mais humanizado nesse contexto. Os sacos pretos e as valas em massa, como no cenário de Manaus em decorrência da crise de oxigênio, apontam para uma não vivência de um processo que também se expressa em comunidade, pode ser ator de mudança e deixou marcas significativas na sociabilidade.

A fala que dá título à essa categoria foi dita por Benedita, mulher autodeclarada negra na faixa etária dos 50 anos, que teve sua rotina – assim como toda a população – afetada de forma drástica pela pandemia e que sente, ainda hoje, o luto em decorrência da Covid. No caso de Benedita, a crise sanitária contribuiu para o quadro depressivo que relatou tratar desde jovem. A doença crônica que possui a colocou no grupo de risco para contaminação pelo vírus, e a afastou do trabalho de cuidadora de idosos. De seus animais de estimação ao neto, um bebê em 2020, todos da casa tiveram Covid-19 e se viram ainda mais isolados em casa para evitar a disseminação do vírus.

Benedita: Eu tive Covid na realidade, duas vezes, eu não sei se na primeira foi Covid ou não, porque eu fiquei muito ruim, mas na primeira eu não cheguei a fazer o teste; na segunda vez todo mundo da casa fez o teste, mas na primeira vez a gente ficou muito ruim, muito ruim... [...] Mas aí *os postos muito lotados* e assim, não era coisa, vamos falar assim, não teve falta de ar *extrema*, né? Então a gente não foi nos postos, não foi no coisa... aí na segunda vez aí já teve a falta de ar, *já ficamos piorzinhos aí tivemos que ir*.

Esse relato de Benedita revela muito do que foi vivido pela população brasileira em tempos pandêmicos: a alta demanda nos postos de saúde fez com que muitas pessoas não procurassem o serviço quando havia suspeitas de uma contaminação, o que contribui para a possibilidade dos números de contaminados serem ainda maiores do que os relatados. Outro agravante é a busca por atendimento quando a sintomatologia se apresenta de forma grave, algo

que pode levar a uma dificuldade de tratamento e recuperação, já que se tratando da Covid-19 a estabilidade do quadro pode se alterar de forma ágil, com pioras repentinas do quadro (Ministério da Saúde, 2022).

Para Benedita, o bombardeio de notícias e o receio da contaminação contribuíram para que ela saísse do trabalho (considerando seu histórico de doença crônica) e ficasse cada vez mais reclusa em casa, evitando até mesmo sair de dentro do próprio quarto. O período pandêmico impactou de forma severa sua sociabilidade, contribuindo para que ela passasse a se sentir mal em espaços cheios ou mesmo não conseguisse mais usar o transporte coletivo. Essas situações, segundo Benedita, geram um mal-estar entendido como uma “coisinha ruim”.

Benedita: Depois da pandemia eu fiquei assim, muito *arredia*, então assim, *sem poder ver gente*, então qualquer lugar que eu... no entanto, eu não ando de ônibus, eu não *consigo ainda andar de ônibus*. [...] Aí, *só de pensar em vir de ônibus, já me dá uma coisinha ruim*, sabe?

Benedita: Fiquei com medo de andar de ônibus, hoje em dia já fico mais em tumulto, mas fiquei um tempo sem conseguir chegar, me aproximar perto das pessoas porque *a pandemia mexeu muito comigo*, sabe? Assim, de ter contato... aí você fica assim, *e eu sempre fui muito amorosa, eu sempre gostei muito de abraçar, eu sempre gostei de... Isso mexe comigo, porque eu sinto falta do abraço... eu sinto falta!*

Não é só a sociabilidade e convivência com pessoas que Benedita relatou sentir diferenças. A perda de uma amiga para a Covid-19 a impactou, levando-a a refletir sobre como era antes da pandemia e o que sente que mudou na sua percepção das pessoas e vivências. Cabe aqui considerar que o período pandêmico foi marcado pela dificuldade de vivenciar o luto, por se tratar de uma experiência atípica que impossibilitou a realização de rituais importantes e significativos para a cultura brasileira. A ausência de velórios, a necessidade de caixão fechado e a impossibilidade de presença de familiares e amigos afetaram o processo de despedida de entes queridos (Lima *et al.*, 2022).

Benedita: A Covid *me judiou muito*, porque eu perdi amigos; eu perdi uma amiga queridíssima que eu ainda não consegui desfazer do áudio que ela mandou pra mim lá do hospital, eu não consegui desfazer ainda, eu tenho que... eu gravei esse áudio e ficou, eu tenho que jogar esse áudio fora! *Eu sei que eu tenho que jogar esse áudio fora porque ele me faz sofrer ainda*, ela estava lá dentro do hospital e falou assim “*estou mandando mensagem para você – ela morreu de Covid – porque meu celular vai ser tomado, eles já avisaram que eu vou ficar sem celular então eu resolvi mandar mensagem para você... eu não volto*”.

Durante a entrevista, ao dizer sobre a perda da amiga, a emoção de Benedita estava visível. Incluindo a perda da amiga, Benedita também atribui à pandemia o fato de que se vê mais emotiva e sensível a dor das pessoas atualmente do que antes da crise sanitária. Para ela, a emoção, que pode ganhar a forma de lágrimas, tornou-se mais aflorada e é um resquício do que foi vivenciar uma pandemia.

Benedita: Eu queria... eu queria, *se tivesse um remédio para se tomar para ser menos emotiva, eu tomaria!* [...] *E eu vi isso acontecer...* assim, eu sempre fui uma pessoa muito emotiva, *mas eu vi isso acontecer comigo na pandemia e eu fiquei pior*, eu não consigo conversar, ainda mais assim se eu for falar de alguém ou de alguma coisa que... se eu for falar, se eu contar uma história de alguém, já estou chorando! [...] *Eu com essa pandemia passei a sentir a dor das pessoas, eu não sei se isso é bom* [...] então são umas coisas que... *se tivesse uma pílula para diminuir esse tipo de coisa, eu queria tomar.*

A sensibilidade e comoção que Benedita atrela ao período pandêmico diz de sua capacidade empática para com a dor dos outros e de uma forma de expressão do sofrimento – ou contando a história de outras pessoas que estão passando por uma situação difícil ou narrando fatos da sua própria realidade. Expressar ou mesmo se ver em uma posição sensível, lida socialmente por vezes como vulnerável, contribuiu para que Benedita manifestasse interesse em medicamentar esse processo oriundo do período pandêmico. Seguindo seu relato, é possível inferir que uma das coisas que ficaram da pandemia foi a capacidade de se sentir muito tocada e de se emocionar, inclusive através do choro, de maneira que ela compreende como exacerbada.

Relacionado ao sofrimento mental de pessoas que perderam parentes ou entes queridos pela Covid-19, o luto manifesta-se e pode ser entendido em suas diversas camadas: a impossibilidade de socializar e estar com pessoas queridas devido ao risco de contaminação, mudanças no trabalho ou mesmo rompimento de vínculos trabalhistas – o que afetou a condição econômica e de consumo das famílias – e a limitação de ir e vir e acessar espaços, antes de circulação comum (Dantas *et al.*, 2020). Atos rotineiros como se deslocar em um transporte público, encontrar familiares e amigos aos domingos, até mesmo interagir no ambiente de trabalho foram rompidos por um certo tempo, gerando luto e necessitando de assimilação, vide o relato de Benedita sobre andar de ônibus.

Trago aqui o relato de Creuza, que perdeu três familiares por contaminação pelo vírus de forma consecutiva e que vivenciou intensamente o distanciamento social. Segundo ela, a mudança drástica na rotina e as preocupações com familiares que precisavam se deslocar para o trabalho tornaram o momento ainda mais estressor.

Creuza: *Vivi esse isolamento total... Mais em casa pra poder né, passar o tempo. Foi muito angustiante, não podia ver pai, não podia ver mãe, né? Fiquei sem vê-los por muito tempo... Fiquei... Se eu saí uma, duas vezes foi raro que eu saí... foi! Saía mesmo quando era o dia de vacinar, quando era o dia de vacinar saía, ia lá e voltava.*

Creuza: *A pandemia pra mim foi muito triste e fora as preocupações... e com as perdas dos meus familiares né [...]. Ainda não superei totalmente, isso eu posso te falar de coração, porque eu não superei ainda. É um vazio, tem dia que é muito ruim esse vazio, entendeu? Foi muito triste, é muita preocupação, foi muito assim... de preocupar com filho que tinha que trabalhar, com neta que tinha que trabalhar, entendeu? Era... foi muito perturbante, muito ruim mesmo.*

É importante considerar os impactos do isolamento/distanciamento social no período agudo da Covid na saúde mental das mulheres. Elas, que em muitos casos já vinham de uma rotina de dupla jornada – trabalho fora do lar remunerado e em domicílio – viram-se imersas em uma rotina de afazeres domésticos e por vezes sobrecarregadas com as tarefas de casa. Retomo o relatório “Esgotadas!”, que, ao entrevistar mulheres no período pandêmico, identificou um sentimento maior de sobrecarga com as atividades de casa, cansaço e medo diante das incertezas do período agudo da crise. Não foi o caso de Creuza, mas cabe ressaltar que para muitas mulheres o ambiente doméstico também foi de violências e agressões, considerando que grande parte das violências acontecem no ambiente familiar e, com a reclusão da pandemia, intensificaram-se (Think Olga, 2023).

Concomitante a contaminação, internação e óbito de seus entes queridos, o isolamento e o medo de contaminação pelo vírus somaram-se ao sofrimento mental latente, advindo de todas as preocupações e alterações na rotina de Creuza. Ativa em suas tarefas, a entrevistada lembrou com certo saudosismo do período anterior a pandemia, em que se deslocar, relacionar-se e estar presente com mais pessoas no mesmo ambiente não despertava gatilhos de medo e receio de uma possível contaminação. O luto pela mudança na rotina se evidencia e soma-se a dor da perda das pessoas amadas.

Creuza: *Era minha rotina, era feliz! Mas depois veio a pandemia e mudou tudo, depois veio a morte dos meus pais, aí veio... Pra mim mudou tudo, a cabeça mudou totalmente [...]. Agora eu tô tentando, tô tentando, sabe, a começar. Aí já tô saindo, tô indo na cidade sozinha, eu não saía, eu dependia da minha filha pra tudo... Um passo assim, eu não consegui dar um passo sem ela, não sentia segurança nenhuma. Agora não, eu já tô indo, já saio, tô começando a sair de ônibus sozinha.*

A instabilidade política do momento da pandemia e a questão da demora no acesso à vacinação apareceu no relato doloroso de Creuza sobre a perda de seus familiares. Para milhares de famílias brasileiras, esse “e se?” ecoa tanto de forma silenciosa quanto barulhenta no processo de assimilação do luto. A possibilidade de um desfecho diferente, manifesta enquanto raiva, indignação ou tristeza, contribuiu para o grande vazio que as mortes pela Covid-19 deixaram na sociedade brasileira.

Creuza: Foi... foi... *E a vacina tava chegando, não deu tempo deles vacinarem. E aí foi assim... Fica... que não deu tempo, se tivesse dado às vezes tava aí né... a gente cobra, tudo isso a gente cobra.*

Há de se considerar também a impossibilidade de realizar, no caso de óbitos pela Covid durante o período agudo da crise, rituais de despedida que contribuem para a assimilação da perda. Aqui cabe trazer o relato de Laudelina, que perdeu uma grande amiga por contaminação do vírus no período crítico da pandemia, momento em que as cerimônias de passagem foram restritas ou mesmo inexistentes. No caso de Laudelina, havia ainda um maior agravante: a entrevistada estava com Covid e em isolamento quando soube que a amiga veio a óbito. Para além da amiga, durante a entrevista, Laudelina relatou que muitos vizinhos também faleceram em decorrência do vírus.

Laudelina: [...] Estava com uma amiga minha, ela morreu do corona e eu peguei dela também, *quase que eu fui junto. No dia que ela morreu ela me ligou “vai amiga no médico”*.

Sobre as perdas de vizinhos em decorrência da Covid-19, ela relata:

Laudelina: *Bastante gente! Aí nem ia lá ver porque o caixão era fechado, aí falei que não ia porque não ia ver nada. Mas no dela (amiga) fiquei desesperada, aí os filhos dela veio tudo aqui [...] Aí eles vieram tudo me abraçar lá, eu com Covid e eles me abraçava, de máscara e tudo, mas abraçava, aí eles falava assim “Não fica triste não, ela foi feliz, tava bonita no caixão”. Não tava não, vocês não viu ela no caixão. Eu fiquei desesperada! Isso me afetou muito, com isso eu piorei mais.*

A impossibilidade de se fazer os ritos de passagem conforme aspectos culturais ou de acordo com os desejos da pessoa falecida acaba por reverberar nos familiares e amigos o sentimento de culpa e se soma ao processo delicado do luto no período pandêmico. Importante considerar a vinculação espiritual que os ritos de passagem assumem na sociedade brasileira, tornando-se um lugar de encontro e de assimilação coletiva da perda do ente querido, conforme

salientam Dantas *et al.* (2020) ao considerar que um dos princípios para a elaboração satisfatória de um luto é o reconhecimento, inclusive no âmbito comunitário.

Para que o processo de luto seja bem-sucedido é necessário o reconhecimento de uma realidade fundamentalmente alterada. Em outras palavras, não há como o trabalho do luto se dar sem o reconhecimento da morte. Desde sempre coube a cultura amparar esse processo através de ritos de passagem, cuja função é gradualmente estabelecer e confirmar essa nova ordem (Dantas *et al.*, 2020, p. 515).

O sofrimento e a angústia frente a impossibilidade de velar o corpo e se despedir da amiga transpareceu no relato e nos olhos de Laudelina, repleto de lágrimas durante o momento de recordação do que foi a pandemia. Concomitante a perda, ela experienciava a contaminação pelo vírus, a possibilidade de uma internação – comparando seu quadro com o da amiga que faleceu – e de sequelas. Afetada pelo falecimento de uma pessoa querida, a entrevistada cogitou não procurar auxílio médico no caso do agravamento dos sintomas e até mesmo morrer na sua residência, diante de todo medo, incertezas e sofrimento da situação.

Laudelina: E ela (amiga) tava ruim, assim que pegaram a vaga dela, ela morreu. E eu falei com meu marido “*Não vou internar não, deixa morrer aqui mesmo*”, mas graças a Deus, ele me deu essa oportunidade ainda. *Ficou sequela? Ficou*, até fui lá no posto (médico), mas tá tão difícil pra consulta, eu não gosto... fico assim de não querer amolar, às vezes tem gente precisando mais do que eu. *Eu sinto muita dor nas costas*.

Ainda durante o relato explícito do medo que teve em contrair a Covid, Laudelina se recordou de momentos em que, junto de sua amiga que veio a óbito pela doença, buscou estratégias para lidar com a alteração de rotina. Nesse momento, citou a ACS que atende a sua área e com a qual possui um vínculo de anos repleto de carinho e o lugar dessa profissional e do trabalho realizado por ela no período pandêmico, chamando atenção para a necessidade de seguir o protocolo com intuito de evitar a contaminação.

Laudelina: *Era medo mesmo* (de contrair o vírus), até às vezes eu pensava... Essa que morreu, nós dava umas caminhadas, mas caminhar de máscara sufocava a gente. *E a ACS Luz zangava com nós, mas nós tava no ar livre... tomamos cuidado, mas acabou que a gente... pegou mesmo na gente*.

As sequelas pela contaminação do vírus são uma realidade com a qual Laudelina aprende, cotidianamente, a conviver. Todas suas tarefas e atividades diárias, segundo seu relato, estão em fase de readaptação após a Covid-19. Ela, que possui problemas cardíacos crônicos e

já teve cinco infartos, atualmente convive com fortes dores de cabeça, nas costas e também sente que sua visão foi afetada após o contágio. Como explicitado anteriormente, pesquisadoras/es trabalham com a questão da Covid longa enquanto um novo quadro de saúde física e mental que consiste na reminiscência sintomática ou mesmo a abertura de novos quadros patológicos (BBC News Brasil, 2024; Segata; Lowy, 2024). No caso de Laudelina, seria necessária uma investigação cuidadosa e multiprofissional, algo demorado e complexo na rede pública de saúde, expresso em seu relato anterior.

Laudelina: *A Covid deu lesão, o médico falou que ia ter lesão, a cabeça vai doer sempre, as vista piorou mais, realmente... e eu não consegui até hoje a operação pras vista...*

Laudelina: Não, não consegui não (cuidar da saúde mental na pandemia), *não procurei médico, precisava de um psiquiatra pra fazer algum exame na cabeça, aí quando fui lá ele não me pediu exame nenhum, só passou esses remédios. Eu queria fazer um eletro, assim, alguma coisa pra ver se afetou o cérebro.*

A saúde mental esteve presente no relato de todas as mulheres. Todas as cinco entrevistadas relataram dificuldade em manejar e exercer cuidados com a saúde mental no período pandêmico. Atividades de vida diária, como usar o transporte coletivo, sair de casa sozinha, socializar com pessoas próximas e familiares e até mesmo o abraçar, tornaram-se um fator de preocupação durante a fase aguda da crise sanitária e atualmente são retomadas e reinseridas, aos poucos, nas rotinas de cada entrevistada. Aqui, cabe alguns relatos que trazem diretamente a questão da saúde mental e que se somam aos demais já explícitos no documento.

Creuza: Igual eu te falo, sono, eu não... eu fiquei *desde esse período... (pandemia) foi que eu comecei né, a ficar sem sono assim né...* aí eu fiquei assim sem nada, *acordava muito de madrugada com muita angústia né, até hoje tem vez que eu acordo com uma angústia, dá vontade de levantar... é muita angústia tem dia ainda [...]* Do que era antes... Ah eu era totalmente diferente.

Benedita: Então assim, isso judia (pandemia) e eu creio que se eu tivesse na igreja, se eu tivesse com a fé que eu tenho hoje eu estaria melhor, porque a Covid ela... eu falo que eu não sei outras pessoas, mas *a Covid judiou muito mentalmente falando, das pessoas. Igual... eu... como que eu vou te explicar... o problema todo não é a doença em si, o problema é as coisas que a doença traz.*

Ainda se tratando da alteração de rotinas, Lenira disse do impacto do processo de reclusão e isolamento nas suas vivências. O afastamento das pessoas e a redução das interações

sociais foi sentido pela entrevistada, que, em decorrência da idade avançada da mãe e dos cuidados que exerce com ela, evitou ao máximo se expor em lugares mais movimentados sem uma necessidade real. Para ela, as relações até os dias atuais não voltaram a ser o que eram antes do período pandêmico, o que nos traz uma perspectiva que enxerga como a interação entre as pessoas segue afetada.

Lenira: Mas aqui não, a gente ficou *todo mundo mais em casa*, todo mundo de máscara, pouco vizinho, que *todo mundo afastou, desde a pandemia que você vê que até hoje o pessoal não fica muito junto igual ficava [...]* Tem alguma coisa no ar que o pessoal mudou, *mudou depois da pandemia*.

O medo da contaminação e a preocupação em ser um possível vetor de transmissão para o ambiente familiar acompanharam Lenira durante o exercício de tarefas básicas, como fazer compras e pagar contas. As relações em casa com a mãe, o irmão e o sobrinho com quem reside ficaram mais intensas, considerando que para todos a premissa de se manter dentro de casa foi seguida conforme as orientações a nível global.

Lenira: Não, a gente fica mais aqui mesmo, assim né, *só vai pra fazer compra, ia na cidade fazer compra, fazer as coisas que tinha que fazer lá*, e a máscara e o álcool, *todo mundo com muito medo e ficar mais dentro de casa mesmo*.

Nair, que teve seu quadro de transtorno do pânico agravado com o período pandêmico, estranhou muito o distanciamento de seus familiares e se pegou questionando se era querida e amada por eles. Toda essa situação, vinculada ao seu histórico de saúde mental, fez crescer a ideia de desamor e desamparo em Nair, que teve no acompanhamento psicológico suporte para compreender a situação e entendê-la por uma perspectiva diferente, considerando o isolamento/distanciamento social como uma medida profilática e não pessoalizada.

Nair: *Foi muito difícil entender isso tudo porque eu sou muito família*, por mais que meus parentes morem fora ou estão longe, mas eu sempre gosto de ligar, de conversar ou um dia ir na casa de alguém visitar. E *esse desligamento pra mim foi muito ruim e eu acho que comecei a pensar que ninguém gostava de mim, que ninguém queria eu perto*. E antes da pandemia a minha avó faleceu e então todos se reuniam na casa de uma tia e aí do nada todo mundo não se encontrou mais. *Não deu pra se encontrar mais*, ainda coincidiu da minha avó falecer que era onde que era ali aquela oportunidade que todo mundo ia visitá-la e se encontrava, todo mundo da família e aí eu falei “*Pronto, minha avó faleceu agora ninguém gosta mais de ninguém, ninguém quer ver mais ninguém*”, isso não entrava na minha cabeça, eu não aceitava.

Com o tempo, a entrevistada compreendeu que não se tratava de uma questão pessoal, mas o medo da contaminação pelo vírus e o processo de entender o que estava acontecendo. A pandemia demandou um movimento de assimilação, que está em construção até hoje e que no momento agudo da crise teve que ser processado concomitante a sua vivência.

Nair: *E eu fiquei muito triste e muito muito triste, muito triste. A minha psicóloga foi trabalhando muito, a minha psiquiatra, comigo, porque eu só sabia chorar e eu achava que ninguém mais gostava de mim sendo que eu sempre fui a familiar que era para toda hora, tava sempre presente. E aí acho que todo mundo tava tão assustado com a pandemia e tão com medo que ninguém ligava, estavam mais reclusos tentando entender. E a gente também né, mas eu tive a reação assim, ninguém quer falar mais comigo, aí eu sou uma chata, aí eu acho que eu reclamo demais, aí acho que todo mundo aproveitou essa situação pra poder ficar livre de mim e aí eu me escondia.*

Como tentativa de se esconder durante esse período e tentando absorver o novo cenário ao mesmo tempo que o vivenciava, Nair fez uso de psicofármacos como ferramenta tanto para assimilar a situação quanto para fugir da conjuntura de angústia e incertezas. Ela, que possui formação técnica na área da saúde, já tendo exercido a profissão em ambiente domiciliar, clínico e hospitalar e que possui um histórico familiar de quadros de saúde mental grave, além dos medicamentos psiquiátricos que consome, também conseguia acesso a outros fármacos que considerava benéficos para manejo da situação.

Nair: Como que eu me escondia? *Eu tomava os remédios dobrado e dormia, eu queria que aquele dia aquela noite passasse rápido, era muito difícil alguém me encontrar acordada, porque eu ia, cuidava da minha mãe fazia o que era possível, tomava um remédio e ia dormir, tomava um Rivotril e ia dormir, aí tirou o Rivotril e eu tomava outro e ia dormir ou então eu dobrava com outro remédio. Eu sempre dobrava os remédios pra mim poder dormir né, pra mim não pensar, porque eu não queria nem pensar e a minha cabeça não parava de trabalhar...*

A questão de “descansar a cabeça” durante o período pandêmico apareceu em mais de um relato. Para as mulheres entrevistadas, o bombardeio de notícias e a circulação de informações constantes, algumas por vezes fraudulentas e questionáveis, contribuíram para um sentimento de sobrecarga psíquico e exaustão mental. Atividades comuns, como assistir um telejornal, ler algum site de notícias ou mesmo escutar rádio, estão sendo retomadas de maneiras distintas. Para muitas, o acesso à internet e à televisão ocuparam, ao mesmo tempo, lugar de distração e sobrecarga emocional.

Nair: Uma amiga minha brincava assim “A cabeça da gente parece uma televisão que fica chegando um monte de notícias sem parar, parece que tem 10, 15 televisão ligada”, falei é, realmente, principalmente à noite. Toda hora uma informação. *E aí pra me desligar dessas informações e pra mim não ligar pra ninguém, porque eu achava que eu tava sendo rejeitada, eu pegava e tomava um remédio pra poder engatar no sono e dormir pra poder não pensar.* Eu fugia dessa forma, entendeu? Era a forma que eu tinha de não procurar ninguém então. Como eu não consigo eu prefiro tomar o remédio e dormir.

Benedita: *Hoje em dia eu sou mais controlada, graças a Deus, se falar assim, mentalmente falando, sou mais controlada...* sou mãe, mulher, esposa, dona de casa, hoje em dia eu vivo para a casa, *parei de trabalhar na pandemia e isso me fez um pouco de mal, porque eu gostava do meu serviço, era acompanhante de idoso e eu sempre gostei do meu serviço e assim... mas a última idosa, ela foi tão assim... mas estava na época da pandemia então ela foi tão cansativa pra mim, porque ela ficava vendo televisão e ela gritava e aquelas coisas que ficavam passando na televisão e ela não parava e aquilo me cansou bastante e eu não conseguia mais [...]* Pior coisa assim... *eu até hoje não consigo ver Globo, não consigo ver televisão.* Eu não vejo televisão! Eu vejo filme.

Lenira: Eu fiquei com medo (da Covid-19) pela mãe, né... assim, né? *A televisão também, né, falando “Morreu ciclano”, aí você né, a cabeça fica a mil.* As minhas irmã tudo tinha medo, minha irmã se chegar na casa dela, a gente chegava lá, tinha que tirar o sapato e deixar lá na porta e ela jogava álcool na gente o tempo todo. O álcool a gente usou muito e ainda usa até hoje, tá ali ó. Porque todo mundo chega e tudo, não é? *Mas é psicológico agora,* mas apesar de tudo, igual eu te falei, a gente chega da rua e lava a mão.

Com o tempo e com o auxílio de profissionais para cuidado em saúde mental, Nair conseguiu compreender que o distanciamento do convívio entre seus familiares não era algo pessoalizado e direcionado para sua pessoa, mas em decorrência das orientações para manejo e decorrente do processo de entendimento do que era vivenciar uma pandemia. Conseguir expressar esse sentimento de rejeição e ouvir de pessoas queridas que não se tratava disso auxiliou Nair a assimilar o período pandêmico e a compreender como o distanciamento afetou as relações familiares e de interação de maneira geral.

Nair: Com o tempo, com a ajuda da minha psicóloga e da minha psiquiatra, e outros médicos que eu fui, neurologista que é o que *todo tempo eu procurei tratamento, pra mim entender isso tudo.* Aí eu fui começando a entender até o dia que eu comecei a conseguir falar, aí eu liguei “Ô tia é isso? Você não gosta mais de mim? Não, minha filha, você tá em todas as minhas orações” e aí eu fui conseguindo falar com todos eles (familiares). *Eu consegui me expressar onde eu consegui depois me sentir melhor. Eu falei “Nossa eu fantasiei só coisas negativas e na verdade todos me amam do mesmo jeito”.*

Em outro momento, Nair trouxe um pouco do processo que foi vivenciar um período pandêmico, tudo o que se alterou e o que pode ser aprendido em decorrência de um momento

histórico vivido pela humanidade contemporânea. Passada a crise, foi possível para ela refletir sobre todas as mudanças na rotina e na sociabilidade e compreender a situação por uma outra perspectiva. Esse entendimento, ainda em construção, é permeado e diz do percurso do próprio quadro de saúde mental de Nair e inclui também a percepção de que a pandemia deu mais enfoque e visibilidade para a importância de se falar e cuidar da saúde mental, sem preconceitos, estereótipos e tabus, o que teria ajudado muitas pessoas e buscarem auxílio.

Nair: A pandemia ajudou muito (a falar sobre saúde mental)... *Claro, foi difícil? Foi. Mas eu falo assim, atrapalhou muita coisa com a pandemia? Atrapalhou, mas também ensinou muita coisa pra gente né, porque a gente olhar o outro né, a gente tenta compreender o outro, a gente tenta olhar pra gente mesmo, a gente se amar, se gostar, se olhar no espelho, se entender.*

Nair: *Então eu acho que todo um conjunto, a pandemia ajudou muito, até mesmo nesse sentido das pessoas entenderem a importância do cuidado com a saúde mental.* Eu acho que ajudou muito, atrapalhou em muitas coisas: adolescentes não quer saber de estudar, as pessoas às vezes não dá valor, mesmo passando por tudo, continua ainda não dando valor ao amor, as pessoas estão frias... muito frias, distantes. *Mas por outro lado, por mais que lá no fundinho, as pessoas ainda vê a importância de se cuidar mentalmente. Eu acho que a procura foi muito (por cuidado em saúde mental) ... tá sendo muito maior.*

Todos esses relatos anteriormente citados foram extraídos das cinco entrevistas realizadas. Cabe trazer para a construção desta dissertação também momentos em que a questão da pandemia apareceu durante o campo, por meio das caminhadas, VD ou na realização das RC. Conforme dito anteriormente na confecção deste documento, meu conhecimento prévio da UBS de Linhares possibilitou uma aproximação e marcação de uma reunião com intuito de apresentar a pesquisa, seus objetivos e o trabalho desenvolvido pelo professor orientador. No primeiro contato com a UBS, a percepção das profissionais que participaram da reunião, os impactos da pandemia da Covid e a relação com os fármacos esteve presentes em várias falas.

Quando compomos um círculo, o diálogo fluiu para relatos interessantes sobre o aumento do uso de psicotrópicos no território, perfil das/os usuárias/os e sua pluralidade, papel da UBS e como *o impacto da pandemia da Covid-19 abalou com todo um modelo de trabalho.* Curiosamente, todas as funcionárias demonstraram necessidade de falar, ao menos uma por vez, sobre sua percepção não só no âmbito do trabalho, mas também na vida pessoal. *“Muitos usuários não tinham o que comer, apenas a medicação”*, fala de uma enfermeira que expressa a realidade fatídica das condições de vulnerabilidade às quais certas famílias estão expostas (DC, 23/03/2023).

Durante a realização das RC, alguns relatos vinculando a pandemia da Covid ao consumo de remédios para os nervos também apareceram. Na primeira RC, realizada em setembro de 2023, após perguntar sobre a pandemia e seus impactos na sociabilidade de forma geral, algumas pessoas participantes compartilharam situações vivenciadas e seus reflexos na atualidade.

Após mais comentários sobre o período pandêmico, chegamos na questão do uso de psicotrópicos. Perguntei aos integrantes da RC quem fazia uso de psicotrópicos e a primeira pessoa a se manifestar foi a ACS Luz, que disse usar ansiolítico desde o período agudo da pandemia e que seu uso começou justamente por conta da mesma (crise sanitária) (DC, 15/09/2023).

Foi um momento de muito diálogo e partilhas. Ao longo da RC, fiz outras perguntas vinculadas ao objetivo da pesquisa e ao roteiro previamente construído junto das profissionais da UBS e de referência da microárea onde se realizou a roda. Alguns outros temas, como o impacto das desigualdades sociais na saúde mental, outras formas de cuidado para além dos medicamentos psiquiátricos e atividades que poderiam auxiliar ou mesmo amenizar as crises ou angústias, foram trabalhados e nesse momento a questão da pandemia retornou em outro relato.

A roda seguiu e durante todo esse processo foi dito o impacto das vulnerabilidades sociais (do desemprego, da insegurança alimentar) na saúde e na saúde mental das pessoas. Conversamos sobre o que eles fazem para além do uso de psicotrópicos para a saúde mental e foi dito desde atividade física, pintura e bordado, artes manuais. Uma enfermeira presente trouxe o cuidado com plantas e como o mesmo lhe ajuda a lidar melhor com o estresse da rotina e dos dias em que se sente mais cansada. Um estagiário de enfermagem trouxe que o exercício físico e a terapia o ajudam muito. Que na pandemia, engordou 10kg e descobriu um quadro de compulsão alimentar e que hoje faz acompanhamento do quadro com uma terapeuta (DC, 15/09/2023).

Durante minha presença no espaço físico da UBS, além de interagir com as profissionais, acessei prontuários, acompanhei a rotina da farmácia da unidade, como também conheci moradoras/es, soube de histórias por parte das trabalhadoras e acolhi algumas pessoas. O relato a seguir é decorrente de um acolhimento feito na varanda da UBS, de uma usuária que conheci inicialmente através de diálogo com a ACS responsável por sua microárea e que nesse dia pude conhecer pessoalmente. Após uma extensa fala sobre sua história, sobre as situações que influenciam no seu quadro de saúde mental, a questão da pandemia se apresentou em seu relato.

Perguntei a acolhida sobre como foi viver a pandemia da Covid-19 e ela disse ter sentido muito medo, principalmente pela mãe. *Relatou não ter saído de casa para quase nada, a não ser para ir consultar, e que ainda hoje anda com muitas máscaras na bolsa, para caso sinta a necessidade/vontade de usar* (DC, 27/03/2024).

Ainda no equipamento, busquei conversar com as profissionais da unidade e retomar como foi vivenciar a pandemia enquanto trabalhadoras da saúde e ouvir suas percepções sobre o impacto da crise sanitária. Foi conversando, principalmente, com as ACS que pude escutar sobre as dificuldades que foi atravessar um período de tantas incertezas, da alteração das rotinas de afazeres pessoais e de sobrecarga no espaço de trabalho.

Segui com a ACS, que tinha algumas visitas para fazer. Ela me disse que nenhuma seria relacionada à saúde mental, disse que não tinha problema. No caminho, perguntei se esse segundo semestre seria mais cansativo para a equipe e ela disse que não, que no inverno, por conta das crises e problemas respiratórios, a UBS fica mais cheia e com maior demanda. Seguimos conversando sobre o cansaço das profissionais e perguntei a ela se ela percebia o mesmo como resquício da Covid-19. A ACS relatou que *todas trabalharam muito na época aguda da Covid e que diariamente chegavam notícias de usuários internados ou que faleceram. Disse que da sua equipe, foi a única a não ter o vírus e o quanto temeu pelo fato de residir com um acamado. Completou ainda dizendo que uma ACS da sua microárea foi internada por conta do vírus e que a rotina não voltou ao normal: antes, fazia dança e fisioterapia, atividades que foram interrompidas pela pandemia e que não pode fazer mais* (DC, 09/08/2023).

Ao chegar na UBS encontrei com a ACS – combinamos na terça-feira por mensagem uma visita no dia de hoje. Pegamos alguns itens necessários e fomos caminhando para o ponto de ônibus. Essa ACS é agente de saúde da área localizada no território do bairro Bom Jardim (ao lado do bairro Linhares). *Enquanto aguardávamos o ônibus, começamos a conversar sobre o trabalho realizado, sobre as dificuldades do dia a dia e sobre as percepções a saúde mental da população. Perguntei se ela percebe se após a pandemia o número de casos de saúde mental aumentou e ela prontamente disse que sim, não só percebe como tem certeza disso* (DC, 20/03/2024).

Esses relatos revelam como a questão da pandemia esteve presente ao longo de todo o processo de construção de dados e da minha interação com o campo. Para além de relatos de vivências, sentimentos e emoções mobilizadas pela Covid nas pessoas com quem conversei ao longo do tempo, pude conhecer um projeto vinculado à UBS do bairro e que, por meio do trabalho de mulheres artesãs, atuou diretamente no enfrentamento da pandemia e no suporte de famílias do território. Trata-se do projeto Arte e Saúde Linhares, grupo multirracial vinculado a uma ACS e composto por mulheres artesãs que, além de administrarem a loja física (bazar) e

expor suas produções em feiras municipais e regionais, auxiliam famílias de baixa renda. A seguir, segue o relato do dia em que pude conhecer mais a fundo a atuação do projeto, incluindo no período pandêmico.

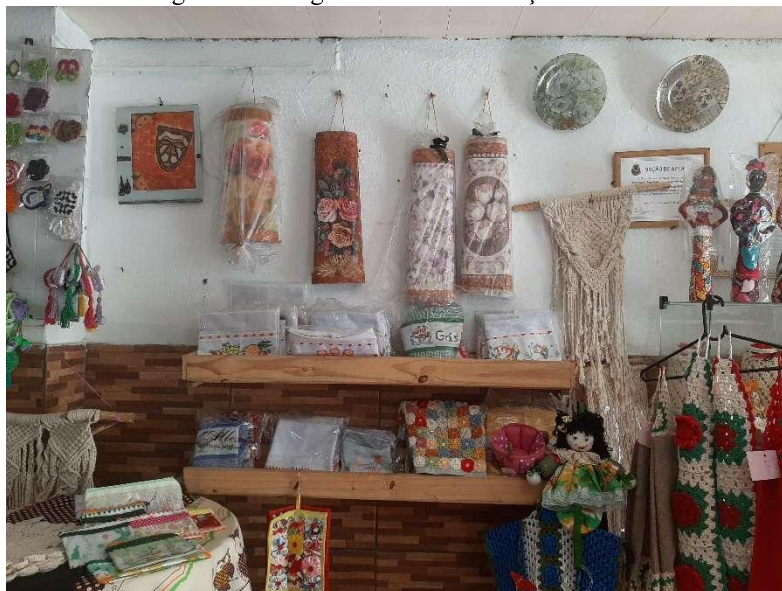
A ACS aproveitou minha presença e me contou a história do grupo. Há 21 anos, ela via muitas mulheres sentadas na calçada, amamentando, sem renda e sem um trabalho e decidiu convidá-las para aprender algum tipo de arte (crochê, tricô, macramê) e assim nasceu o Arte e Saúde Linhares. A ACS me disse que durante os anos o grupo foi se atualizando e que atualmente elas mantêm também o bazar. Os lucros são repartidos, as peças expostas na loja e as roupas do bazar vem de pessoas próximas, de doações e inclusive delas mesmas (integrantes). Disse ainda que *durante a pandemia o projeto atuou de forma ativa como suporte para muitas famílias vulneráveis do território. Além das máscaras de pano feitas para envio aos hospitais de graça, que ao todo somam mais de 5 mil máscaras confeccionadas, junto ao projeto Mesa Brasil, o grupo conseguiu distribuir cerca de 300 Cestas Básicas para famílias da comunidade, além de confeccionar presentes para as equipes médicas dos hospitais (gorro e cachecol para enfermeiras, médicas e técnicas) como forma de um mimo frente ao período tão difícil e conturbado.* Foi muito tocante ouvi-las falar do trabalho realizado durante a pandemia da Covid-19 na comunidade. Tocante e significativo. *Disseram ainda que também venderam muitas máscaras no bazar e que para a entrega das CB, elas ficavam dentro da loja com a porta abaixada e só abriam para a retirada dos alimentos pelos moradores* (DC, 06/03/2024).

Com esse relato do campo, concluo essa categoria me ancorando na solidariedade, na empatia e na organização comunitária presente no projeto Arte e Saúde e em tantas outras ações pelo país que contribuíram, no período pandêmico, com milhares de famílias e profissionais da saúde. Não é fácil dizer do que foi a Covid-19 e ainda estamos no processo de entender quem somos após ela. A crise no Brasil não foi apenas sanitária, como também política, ideológica e social. São muitas lacunas que, ainda hoje, precisam ser olhadas com cuidado e muitas feridas em processo de cicatrização. As marcas permanecem. Concluir essa etapa do trabalho voltada para a questão da pandemia e do adoecimento mental com o relato de atuação de um projeto como o Arte e Saúde é uma forma de reafirmar que, mesmo em um período de incertezas, medo e desamparo, houve solidariedade, cuidado e manejo com o próximo.

Finalizo essa categoria com duas fotografias que dizem do espaço Arte e Saúde Linhares. Ambas mostram um pouco do trabalho das cinco mulheres que conheci vinculadas ao grupo, mulheres que atuaram na confecção de máscaras e distribuição de Cestas, que fizeram com seus próprios tecidos máscaras, e que operacionalizaram uma logística de entrega dos materiais para áreas distintas da cidade e do próprio bairro. Mulheres que se preocuparam em agradar a equipe de profissionais dos hospitais com mimos, em um período em que a média de

óbitos só crescia a nível nacional, e que as trabalhadoras da saúde estavam sobrecarregadas. Dizer do que foi a pandemia da Covid-19 é dizer da afetação à saúde mental da população, do consumo de psicofármacos e dos tantos lutos que ainda estão sendo elaborados, mas é também dizer, reconhecer e valorizar iniciativas como a dessas mulheres.

Figura 9 - Fotografia 09. 20 de março de 2024.



Fonte: Acervo pessoal (2024)

Figura 10 - Fotografia 10. 20 de março de 2024.



Fonte: Acervo pessoal (2024)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após todo o exposto e de acordo com os objetivos iniciais desta pesquisa, espero ter contemplado os pressupostos definidos inicialmente que guiaram a trajetória do estudo. A inserção em campo no período de 1 ano e 4 meses, as VD realizadas, as RC construídas junto das profissionais do serviço, os prontuários acessados e as cinco mulheres entrevistadas dão corpo e substância para este trabalho, que, ao se debruçar na busca por identificar e compreender as práticas de consumo de psicotrópicos entre sujeitos atendidos no âmbito da APS no município em relação à pandemia, deparou-se com histórias, vivências, um recorte de gênero e fatores interseccionais que foram acolhidos e discutidos ao longo desta confecção.

Especificamente, busquei compreender os sentidos atrelados ao consumo de medicamentos psicotrópicos pela população atendida na APS em um contexto de desigualdade social, identificar a forma como a demanda por saúde mental se apresentou no equipamento no período da pandemia da Covid-19 e identificar também as estratégias de cuidado em saúde mental formais e informais adotadas pelos sujeitos durante a pandemia. Amparada na Análise Temática e com base em todo o material construído ao longo do estudo, as três categorias elaboradas dizem, concomitantemente, destes três aspectos pré-definidos e que estiveram em constante movimento e adaptação.

Como resultados, fica evidente os impactos da pandemia da Covid-19 na saúde mental das mulheres. Fatores que dizem da sociabilidade e aspectos culturais de gênero também aparecem em cada vivência apresentada, como o exercício do cuidar e a responsabilidade no âmbito doméstico. O psicotrópico aparece como instrumento a ser utilizado no manejo da saúde mental antes mesmo da pandemia para quatro das cinco entrevistadas (Laudelina, Benedita, Lenira e Nair), sendo que apenas Creuza identificou a necessidade e começou a consumir essa categoria farmacológica justamente no período da crise sanitária. Para Laudelina, Benedita e Nair, a pandemia agravou e até mesmo acentuou o uso dos medicamentos que já consumiam, seja no aumento da dose ou no número de remédios a serem tomados. Já Lenira, não relatou sentir que a crise tenha agravado diretamente seu quadro de saúde mental e consumo de remédios psiquiátricos.

Para as cinco entrevistadas, o uso da psicofarmacologia como forma de cuidado é entendido de acordo com o contexto e com as situações que vivenciam nas relações interpessoais e caminha em paralelo a outras formas de manejo. Seja através da religiosidade, do encontro com pessoas que compõe a rede de apoio, de atividades manuais (como o bordado,

o crochê e o cuidado com plantas) e da psicoterapia, as mulheres verbalizaram buscar identificar e promover práticas para cuidar da saúde mental com aporte em outras ferramentas. O temor a dependência dos psicotrópicos foi uma questão igualmente discutida por elas, que se apoiaram em diferentes formas de gerência dos quadros que apresentam.

O desejo de interromper ou cessar o uso de psicofármacos também esteve presente em todos os diálogos. Creuza interrompeu o uso da farmacologia convencional e tem utilizado da homeopatia, além das atividades manuais e da religião, como forma de cuidar da saúde mental. Benedita, que já fez acompanhamento multidisciplinar incluindo psicoterapia e com profissional sexóloga, atualmente exerce atividades na igreja que frequenta e consome apenas um psicotrópico, em momentos que julga necessário. Lenira se sente satisfeita com os psicofármacos que utiliza hoje, sente-se estável e adaptada aos medicamentos. Nair utiliza a medicação em paralelo ao acompanhamento com a psicoterapia e sente que o atendimento psicológico faz toda a diferença no entendimento do seu quadro e no aprendizado de como lidar cotidianamente com ele. Já Laudelina iniciou a psicoterapia e está buscando profissionais para lidar com as sequelas da Covid.

Entendo que esta dissertação diz de um lugar específico e realidades singulares, que, olhadas com cuidado, refletem o cotidiano e se assemelham às questões que atravessam a saúde mental das mulheres no país, fazendo delas hoje as maiores consumidoras de psicofármacos e as mais diagnosticadas com TMC. O território, aspecto interseccional componente deste estudo, não é entendido como uma baliza, mas como cenário onde os temas discutidos em cada categoria se deram. Desejo que mais pesquisas possam ser realizadas com intuito de compreender os impactos da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população brasileira e se os psicotrópicos, nessa seara, adentraram e se estabeleceram na casa e na vida de milhões de pessoas.

Que esta dissertação possa auxiliar na construção e confecção de estudos futuros que busquem investigar aspectos da saúde mental vinculados à pandemia da Covid-19. Questões como o luto, o histórico familiar de saúde mental e o cuidado atribuído às mulheres culturalmente, vinculado à sobrecarga e ao adoecimento mental manifestado por elas, chamam atenção e são pontos a serem mais trabalhados em futuros estudos. A dificuldade de acessar produções voltadas para o desmame de psicofármacos considerando a importância desse processo e fatores interseccionais vinculados ao adoecimento mental desnudam uma lacuna e acendem um alerta para temas a serem discutidos de forma emergente.

As trajetórias narradas aqui dizem de uma caminhada extensa por vias diversas e complexas que estão para além de uma percepção inicial e deslocada. O campo tem seu próprio tempo, requer manejo, negociação, cuidado, e se dispor a escutar histórias é também se permitir trocar as lentes, olhar por outros ângulos e perspectivas, exercer a empatia e identificar os processos de resiliência que compõem a narrativa. Em decorrência disso, o campo requer mais do que algumas braçadas em sua parte mais rasa, ele demanda um mergulho em seus pressupostos e a construção de vínculos em meio a relações, inclusive, complexas. A profundidade de cada etapa é o respiro da imersão.

Inicialmente, ao trazer o contexto da Covid-19 e suas particularidades no Brasil, busquei elencar fatores que dizem do que foi vivenciar uma pandemia no país. O contexto social, político e ideológico não pode ser escanteado, haja vista que dizem de uma realidade específica e que se desdobra ainda na atualidade. O desalinho entre as ações do governo federal, estaduais e municipais, o maçante disparo de informações falsas e com cunho sensacionalista fomentaram ainda mais o medo e a sensação de incerteza frente a um perigo desconhecido e inesperado que tornou ainda mais difícil a experiência da Covid para a população brasileira.

Contextualizar a APS, e mais especificamente a ESF, no país enquanto um serviço de saúde pública, seu lugar no trato e manejo da saúde mental da população e como essa demanda se apresenta nesse espaço foi necessário para que os objetivos do estudo, caminhando de forma interligada, pudessem ser contemplados e que toda a caminhada em campo fizesse sentido. Ao apresentar essa questão, o estudo não só discorre sobre um dos atores mais importantes no cuidado em saúde mental do país, mas aponta suas potencialidades, particularidades e o que caracteriza o SUS enquanto um modelo inovador, ainda que apresente lacunas e questões vinculadas a maior investimento público.

Busquei retratar de forma honesta e cuidadosa minha dinâmica em campo. Adentrar espaços enquanto profissional da Psicologia requer manejo, cuidado, discernimento e diálogo, principalmente em um campo tão vivo e plural como o desta pesquisa. Assim como todo processo intenso, houveram dificuldades, negociações e tensionamentos, sobretudo considerando se tratar de uma UBS com equipe extensa. Nenhum campo de trabalho está ileso a adversidades, inclusive esse, e talvez a forma como foi conduzido e tudo o que se desenvolveu sejam grandes aprendizados no movimento de construção deste trabalho, para além da dissertação em si.

Os vínculos construídos e as histórias partilhadas se expandem para além das tantas palavras registradas e ganham fôlego nos reencontros despretensiosos do cotidiano. É na feira de artesanato onde encontro as mulheres do Arte e Saúde Linhares, no encontro com alguma

ACS no ponto de ônibus ou pelas ruas da cidade ou mesmo nas mensagens de festividades enviadas para as agentes que as relações respiram e são fortalecidas. Essas mulheres são parte fundamental de um quebra-cabeças que foi idealizado em cada contorno de suas peças e se arremata na forma desta dissertação.

As cinco mulheres entrevistadas e as histórias partilhadas me possibilitaram uma construção afetiva. Há um eu diferente após cada relato, após cada café com bolo. Em alguns reencontros com as agentes posteriormente, soube que as entrevistadas por vezes perguntaram por mim, se haveriam mais RC e se “a psicóloga retornaria para o Posto de Saúde”. Essas perguntas não partiam de um desconhecimento, todas foram informadas do trabalho realizado no serviço e que não seria contínuo. Entendo que essas questões partem de outro lugar, longe de formalidades e enquadramentos, mas próximo do cuidado, de formas de demonstrar gentileza, de transparecer afeição.

De tantos aprendizados e desenvolvimentos adquiridos ao longo desse processo – tão desejado –, talvez a forma como cada história me tocou seja um dos maiores. A confiança depositada a minha pessoa e a possibilidade de conhecer cada participante, um pouco de suas trajetórias e os caminhos percorridos até aqui não só me levaram ao exercício empático, bem como ao respeito e admiração por cada uma delas. Seja pelas ACS, pela equipe de enfermagem, médica, administrativa, pelas mulheres que em maioria participaram das RC, pelas moradoras que conheci através das VD e por cada pessoa que cumprimentei, conversei, acolhi (e fui acolhida) e que em algum momento fez parte deste trabalho, fica registrado o quão fundamental cada uma foi para se chegar até aqui.

Historicamente, o Brasil tende a se negar ou a varrer para “debaixo do tapete” as crises e lutos que o atravessam e o constituem enquanto país. O genocídio da população indígena, a escravidão e o racismo, as desigualdades sociais e a pobreza, a cultura da violência de gênero são todas questões que marcam a sociabilidade do ser brasileiro em um processo que lateja e atravessa gerações. Dizer do que foi a pandemia da Covid-19 é não permitir que a crise sanitária e política vivenciada pelo país caia no esquecimento, que as mortes causadas pela negligência de um Estado negacionista, de extrema-direita, alinhado ao fascismo e opositor ao fazer ciência de forma ética e comprometida se tornem mais um borrão na história do país. É também defender o Sistema Único de Saúde, saudar a todas/os profissionais que fazem dessa política pública em saúde um exemplo para o mundo e uma forma de homenagear a todas/os que faleceram em decorrência do vírus. É viver o processo do luto de forma comunitária.

No mais, finalizo este trabalho refletindo sobre o tempo. O tempo de inserção no campo, o tempo de confecção desta escrita, o tempo das coisas. Foi também durante este tempo que a

UBS do bairro Linhares foi contemplada com uma obra para ampliação e reforma, não sendo mais o espaço físico inicialmente registrado aqui. Ao final do processo, nem eu nem ela somos as mesmas, a mudança em cada uma se apresentou de formas distintas. Encerro este trabalho com fotos da nova unidade, também como uma forma de demarcar esse processo. Que o mergulho tenha sido proveitoso e interessante até aqui. Convido ao retorno cauteloso devido à pressão e ao respiro após a imersão em tantas vivências.

Figura 11 - Fotografia 11. 27 de abril de 2025.



Fonte: Acervo Pessoal (2025)

Figura 12 - Fotografia 12. 27 de abril de 2025.



Fonte: Acervo Pessoal (2025)

REFERÊNCIAS

AFFONSO, M. V. de G.; PEREIRA, C. E. A.; SILVA, W. B. da; SILVA, M. V. S. da. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 02, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gTq4VnTfywHQP5gVQ5zWDJv/#>. Acesso em: 22 mai. 2025.

AGOSTINI, R. Número de militares em cargos civis cresce e passa de 6 mil no governo Bolsonaro. **CNN**, 17 jul. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/numero-de-militares-em-cargos-civis-cresce-e-passa-de-6-mil-no-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ALVARENGA, R.; DIAS, M. K. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/dGQxFtnrJ4cdrwvDzMnpwjc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ALVES, B. Além da Fé: Espaços religiosos ajudam na recuperação de vícios e outros transtornos, mas não devem substituir tratamento. **VivaBem**, UOL, São Paulo, mai. 2022. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/reportagens-especiais/papel-social-da-igreja-versus-saude-mental/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

AMÉRICO, T. Venda de antidepressivos cresce 17% durante pandemia no Brasil. **CNN**, São Paulo, 23 fev. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/venda-de-antidepressivos-cresce-17-durante-pandemia-no-brasil/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ANDRADE, A.; DELGADO, C. Vidas contadas: após um ano do surgimento da Covid-19, G1 traça perfil da doença em Juiz de Fora. **G1**, Zona da Mata, 31 dez. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2020/12/31/vidas-contadas-apos-um-ano-do-surgimento-da-covid-19-g1-traca-perfil-da-doenca-em-juiz-de-fora.ghml>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ANDRÉ, N. Pazuello diz que, antes de cargo no governo, não sabia o que era o SUS. **CNN**, Brasília, 07 out. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/pazuello-diz-que-antes-de-cargo-no-governo-nao-sabia-o-que-era-o-sus/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARBEX, T. Bolsonaro vai ao STF contra lockdown e toque de recolher em estados. **CNN**, 27 mai. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/bolsonaro-vai-ao-stf-contralockdown-e-toque-de-recolher-em-estados/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ARREGUY, J. Quatro vezes em que Bolsonaro usou argumentos errados sobre lockdown. **UOL**, São Paulo, 15 abr. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/confere/ultimas-noticias/2021/04/15/vezes-bolsonaro-argumento-lockdown-covid-19.htm>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ASSIS, M. de. **O Alienista**. São Paulo: Ática, 1992.

ASSIS, D. N. C. de. (Nzinga Mbandi). **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, 2019.

ATLAS DO ESTADO BRASILEIRO. Dados e análises. Séries de dados e análises. **Ipea**, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/analises>. Acesso em: 22 mai. 2025.

AZAMOR, C. R. Pesquisa participante, representações sociais e psicossociologia: diálogos possíveis na escola. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 33, n. 2, p. 137-142, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5979>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARROS, J. C.; SILVA, S. N. Perfil de utilização de psicofármacos durante a pandemia de COVID-19 em Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, e230059, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Q6mHp8vk9h8JWkH8HM6tDBs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. São Paulo: Difusão Europeia, 1967.

BBC NEWS BRASIL. Ministro da Saúde Nelson Teich pede demissão menos de um mês depois de assumir. **BBC News Brasil**, 15 mai. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52683285>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BBC NEWS BRASIL. Covid: saúde mental piorou para 53% dos brasileiros sob pandemia, aponta pesquisa. **BCC News Brasil**, 14 abr. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-56726583>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BBC NEWS BRASIL. Os sintomas de covid longa que ainda afetam milhões de pessoas. **BBC News Brasil**, 26 dez. 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/resources/idt-40c9a7fc-8e5b-4641-93aa-a4e3c66b0f5a>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BERNIERI, J.; KORB, A.; HIRDES, A.; ZANATTA, L. Análise do consumo de psicofármacos por usuários da Atenção Primária à Saúde. **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11363>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B.; GONDIM, A. P. S.; LIMA, L. L. de; VASCONCELOS, M. G. F. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SrLcmzsQHZMbjN6LcjJb6WK/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Ministério da Saúde. [Ministros/as de] 2025 a 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/2023-2011/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BIERNATH, A. ‘Me disseram que eu tinha morrido’: as histórias da primeira vacinada contra covid no Brasil. **BBC News Brasil**, São Paulo, 16 jan. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-59998611>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BIERNATH, A. Covid-19: por que a América Latina concentra maior número de vítimas no mundo? **BBC News Brasil**, São Paulo, 18 jun. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-57535802>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BIRMAN, Joel. **O trauma na pandemia do coronavírus**: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

BISPO, J. P.; SANTOS, D. B. dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LVBpYxSZ7XbdXKm74TPPmzR/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BORGES, T. L.; MIASSO, A. I.; VEDANA, K. G. G.; FILHO, P. C. P. T.; HEGADOREN, K. M. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, jul./ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/CQCcPM6djQyyRhCcy3VhWHd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BORGES, G. *et al.* Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, ago. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31452485/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BORGES, I. F. Doação da Venezuela e rede de solidariedade levam oxigênio para Manaus. **Rádio Senado**, 19 jan. 2021. Senado Federal. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/01/19/doacao-da-venezuela-e-rede-de-solidariedade-levam-oxigenio-para-manaus>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BOTTI, N. C. L.; ANDRADE, W. V. A saúde mental na atenção básica: Articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12991>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BRANDÃO, C. C.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, abr./jun. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkfpbbR7SCBrx36c/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília, DF, 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 22 mai. 2025.

BRASIL DE FATO. Insegurança alimentar: 70 milhões no Brasil não tinham alimentos suficientes entre 2020 e 2022. **Brasil de Fato**, Rio de Janeiro, 12 jul. 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/07/12/inseguranca-alimentar-70-milhoes-no-brasil-nao-tinham-alimentos-suficientes-entre-2020-e-2022>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. , p. 77-101, 2006. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BUENO, F. T. C.; SOUTO, E. P.; MATTA, G. C. Notas sobre a trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. (Orgs.). **Os impactos da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

BUTLER, J. **Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

BUTLER, J. **Vida precária: Os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

CABRAL, U. Mulheres pretas ou pardas gastam mais tempo em tarefas domésticas, participam menos do mercado de trabalho e são mais afetadas pela pobreza. **Agência IBGE Notícias**, 08 mar. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39358-mulheres-pretas-ou-pardas-gastam-mais-tempo-em-tarefas-domesticas-participam-menos-do-mercado-de-trabalho-e-sao-mais-afetadas-pela-pobreza#:~:text=Cerca%20de%2032%2C3%25%20das,%2C3%25%20das%20mulheres%20brancas>. Acesso em: 22 mai. 2025.

CAMPOS, J. L. de A.; ALBUQUERQUE, U. P. de.; SILVA, T. C. Observação Participante e Diário de Campo: quando usar e como analisar? In: ALBUQUERQUE, U. P. de *et al.* **Métodos de pesquisa qualitativa para etnobiologia** 1. ed. Recife: Nupeea, 2021. p. 95-111.

CAMTRA – Casa da Mulher Trabalhadora. Relembrar para não esquecer: primeira vítima de covid-19 no Brasil foi uma empregada doméstica. **CAMTRA**, 26 fev. 2021. Disponível em: <https://camtra.org.br/relembrar-para-nao-esquecer-primeira-vitima-da-covid-19-no-brasil-foi-uma-empregada-domestica/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

CAMPOS, R. O. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n5ZmQDqh8LyqN5NzW8XM4jx/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

CARRANÇA, T. Auxílio emergencial: Com benefício reduzido em 2021, Brasil terá 61 milhões na pobreza. **BBC News Brasil**, São Paulo, 22 abr. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56843399>. Acesso em: 22 mai. 2025.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

COELHO, M. T. A. D.; FILHO, N. A. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5gGFwW3mfRVLShg4zq9zw4s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 mai. 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2020.

COLLINS, P. H. **Bem mais que ideias: A Interseccionalidade como teoria social crítica**. São Paulo: Boitempo, 2022.

CORONAVÍRUS BRASIL. Painel Coronavírus. Ministério da Saúde, Brasil, 2024. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

CZERESNIA; D.; MACIEL, E. M. G. de S; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DANTAS, C. R. *et al.* O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, n. 3, p. 509-533, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SgtgR9xSwqBSYjr5Mm3WSwG/?format=pdf>. Acesso em: 22 mai. 2025.

DANTAS, E. S. O.; MEIRA, K. C.; BREDEMEIER, J.; AMORIM, K. P. C. Suicídio de mulheres no Brasil: Necessária discussão sob a perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1469-1477, 2022. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/suicidio-de-mulheres-no-brasil-necessaria-discussao-sob-a-perspectiva-de-genero/18559?id=18559>. Acesso em: 22 mai. 2025.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: Ensaaios sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo 2016.

DAS, V. **Aflicção: Saúde, doença, pobreza**. São Paulo: Unifesp, 2023.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, 36, e00104120, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LpxCJfYrMkRWnBr7K9pGnXv/?lang=en>. Acesso em: 22 mai. 2025.

DEL PRIORE, M. **Histórias íntimas: Sexualidade e erotismo na história do Brasil**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2011.

DIEHL, E. E.; MANZINI, F. “A minha melhor amiga se chama fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MAULF, S. W.; TORNQUIST, C. S. **Gênero, saúde e aflicção: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-366.

DIOGO, J. E. *et al.* Análise do aumento do uso de benzodiazepínicos na região sudeste do BR durante a pandemia COVID-19: Uma reflexão Psicossocial. **UNIVERSITAS**, n. 032, 2023. Disponível em: <https://revistauniversitas.inf.br/index.php/UNIVERSITAS/article/view/537>. Acesso em: 22 mai. 2025.

FCHSSALLA – Fórum de Ciências Humanas, Sociais, Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes. Diretrizes para a ética na pesquisa e a integridade científica. Grupo de Trabalho de Ética em Pesquisa do Fórum de Ciências Humanas, Sociais, Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes (FCHSSALLA), 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/arquivos/Diretrizes_%C3%A9tica_e_integridade_CHSSALLA_Consulta_P%C3%BAblica.pdf. Acesso em: 22 mai. 2025.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FASSIN, D. **Lá razón humanitária**: Una historia moral del tempo presente. Argentina: Prometeo, 2016.

FERGUSON, I. Capitalismo, coronavírus e sofrimento mental. **Argumentum Debate**, v. 15, n. 3, p. 10-30. set./dez. 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/42525>. Acesso em: 22 mai. 2025.

FAGUNDES, M. Bolsonaro omite trechos de declarações para dizer que incentivou vacinas. **Poder 360**, 22 abr. 2021. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/bolsonaro-omite-trechos-de-declaracoes-para-dizer-que-incentivou-vacinas/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

FILARDI, A. F. R.; PASSOS, I. C. F.; MENDONÇA, S. de A. M.; OLIVEIRA, D. R. de. Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 24, n. 2, p. 421-445, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/HHhxq4cFZwzxYTzjKVkp3vy/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

FRANCES, A. **Voltando ao normal**: Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

MAIA, D.; VALADARES, J. Saiba quem é Marcelo Queiroga, o novo ministro da Saúde de Bolsonaro. Folha de São Paulo, 14 mar. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/saiba-quem-e-marcelo-queiroga-o-novo-ministro-da-saude-de-bolsonaro.shtml>. Acesso em: 22 mai. 2025.

FORTES, S. *et al.* Classificação em saúde mental na atenção primária? Mudam as doenças ou mudam os doentes? In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA-JÚNIOR, B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 191-210.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência Doméstica durante a pandemia de Covid-19**. Nota Técnica. 2. ed. FBSP, mai. 2020. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/4e9b5f6e-6915-4020-b8c2-b3df724bbd3c>. Acesso em: 22 mai. 2025.

FURLAN, L.; CARAMELLI, B. The regrettable story of the “Covid Kit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. **The Lancet Regional Health**, v. 4, dez. 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00085-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00085-5/fulltext). Acesso em: 22 mai. 2025.

GALLEGO, E. S. (Org.). **O ódio como política: a reinvenção da direita no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

GARCIA, M. R. V.; AMORIM, S. C. de; RODRIGUES, G. V.; MENDONÇA, L. H. F. Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. **Revista em Pauta**, v. 20, n. 49, p. 95-108, 2021. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/issue/archive>. Acesso em: 22 mai. 2025.

GAZEL, A. S.; CRUZ, V. Crise do oxigênio no Amazonas completa um ano com impunidade e incerteza causada pela ômicron. **G1 Amazonas**, 14 jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/crise-do-oxigenio-no-amazonas-completa-um-ano-com-impunidade-e-incerteza-causada-pela-omicron.ghtml>. Acesso em: 22 mai. 2025.

GEORGES, C. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense, 2024.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YF4znJCJgZfbgTnGtRrwGpN/#>. Acesso em: 22 mai. 2025.

GOMES, A. L. C.; NAGASHIMA, A. M. S. O Feminino aprisionado, patologizado e medicalizado: Impactos na saúde mental das mulheres. In: AMARANTE, P.; PITT, A. M. F.; OLIVEIRA, W. F. de. **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 85-98.

GONÇALVES, E. O salto nas vendas de Rivotril durante a pandemia de coronavírus. **Veja**, 20 mai. 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/o-salto-das-vendas-de-rivotril-durante-a-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 22 mai. 2025.

G1 AMAZONAS. Artistas, clubes e políticos cobram oxigênio para pacientes de Covid-19 em Manaus. **G1 Amazonas**, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/14/artistas-clubes-e-politicos-cobram-oxigenio-para-paciente-de-covid-19-em-manaus.ghtml>. Acesso em: 22 mai. 2025.

HERNANDES, E. S. C.; VIEIRA, L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental (ANESP), 17 abr. 2020. Disponível em: <https://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>. Acesso em: 22 mai. 2025.

INSTITUTO BUTANTAN. Retrospectiva 2021: segundo ano da pandemia é marcado pelo avanço da vacinação contra Covid-19 no Brasil. **Portal do Butantan**, 31 dez. 2021. Disponível

em: <https://butantan.gov.br/noticias/retrospectiva-2021-segundo-ano-da-pandemia-e-marcado-pelo-avanco-da-vacinacao-contr-covid-19-no-brasil#:~:text=O%20ano%20dois%20da%20pandemia,mas%2C%20sobretudo%2Cpelo%20avan%C3%A7o%20da>. Acesso em: 22 mai. 2025.

JÚNIOR, J. Lei que permite internação involuntária de dependentes químicos é sancionada. **Câmara dos Deputados**, 06 jun. 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/559425-lei-que-permite-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos-e-sancionada/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

LACERDA, N. Mais de 7,5 milhões vivem com menos de R\$150 por mês no país, mostra Observatório das Desigualdades. **Brasil de Fato**, São Paulo, 30 ago. 2023a. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/08/30/mais-de-7-5-milhoes-vivem-com-menos-de-r-150-por-mes-no-pais-mostra-observatorio-das-desigualdades>. Acesso em: 22 mai. 2025.

LACERDA, N. Teto de gastos tirou R\$70 bilhões do SUS em três anos e ainda causa prejuízos, diz Ipea. **Brasil de Fato**, São Paulo, 10 nov. 2023b. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/11/10/teto-de-gastos-tirou-r-70-bilhoes-do-sus-em-tres-anos-e-ainda-causa-prejuizos-diz-ipea/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

LARA, L. O Brasil há dois meses sem ministro da Saúde e 57 mil mortes depois. **CNN**, São Paulo, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/brasil-completa-2-meses-sem-ministro-da-saude-pandemia-ja-matou-mais-de-72-mil/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

LIMA, A. I. O.; SEVERO, A. K.; ANDRADE, N. da L.; SOARES, G. P. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 71-82, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100005. Acesso em: 22 mai. 2025.

LIMA, M. S. Inflação e Pandemia podem empurrar o Brasil de volta ao Mapa da Fome. **CNN**, 01 abr. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/inflacao-e-pandemia-podem-empurrar-brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

LIMA, Y. K. S.; SOUZA, K. C.; FEITOSA, A. do N. A.; CAROLINO, R. de A.; SILVA, M. de L.; OLIVEIRA, M. P. A. de. COVID-19 e luto: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 9, n. 1, p. 1270-1291, 2022. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_30/Trabalho_90_2022.pdf. Acesso em: 22 mai. 2025.

MAGRI, D. ‘Cobaias’ da proxalutamida: como o Brasil entrou no que pode ser uma das infrações éticas mais graves da história. **El País**, São Paulo, 13 out. 2021a. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-14/a-promessa-de-cura-para-a-covid-19-que-pode-se-tornar-uma-das-infracoes-eticas-mais-graves-da-historia.html>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MAGRI, D. Acusado de crime contra a humanidade na CPI recebeu dose inédita de proxalutamida a paciente com covid-19. **El País**, São Paulo, 20 out. 2021b. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-20/acusado-de-crime-contra-a-humanidade-na-cpi>

receitou-dose-inedita-de-proxalutamida-a-paciente-com-covid-19.html. Acesso em: 22 mai. 2025.

MATINAL. Coordenador de experimento com proxalutamida cometeu crime contra a humanidade, conclui CPI da Pandemia. **Matinal**, 20 out. 2021. Disponível em: <https://www.matinaljornalismo.com.br/matinal/reportagem-matinal/cadegiani-acusado-crime-contra-a-humanidade/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MELLO, M. de. Venezuela envia 130 mil litros de oxigênio e brigada com 107 médicos a Manaus. **Brasil de Fato**, Caracas, 17 jan. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/01/17/venezuela-envia-130-mil-litros-de-oxigenio-e-brigada-com-107-medicos-a-manaus/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MENDONÇA, F. F.; LIMA, L. D. de; PEREIRA, A. M. M.; MARTINS, C. P. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vGTxbZ93vfbZdKCYKBGfcGS/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental, n. 34. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2013. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/sa%C3%BAde-mental-cadernos-de-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-n%C2%BA-34>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Campanha incentiva busca por atendimento médico aos primeiros sintomas da Covid-19. **Ministério da Saúde**, Brasília, 12 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/abril/campanha-incentiva-busca-por-atendimento-medico-aos-primeiros-sintomas-da-covid-19>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) no Brasil. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 22 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede de Atenção Psicossocial. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MÕES, M. Queiroga completa 1 ano na Saúde; relembre principais marcos. **Poder 360**, 23 mar. 2022. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/queiroga-completa-1-ano-na-saude-relembre-principais-marcos/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MOLCK, B. V.; BARBOSA, G. C.; DOMINGOS, T. S. Psicotrópicos e atenção primária à saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/t47rDfqSN6kw7FDnW3fwffJ/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MONTERO, M.; GARCÍA, I. S. **Histórias de la psicología comunitária em América Latina: participación y transformación**. Buenos Aires: Paidós, 2011.

MORENO, B. A.; MATTA, G. C. Covid-19 e o dia que o Brasil tirou o Bloco da Rua: Acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco. *In*: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. (Orgs.). **Os impactos da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

MORI, L. O que muda com a lei sobre drogas que o Senado correu para aprovar? **BBC News Brasil**, São Paulo, 16 mai. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-48299757>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MOURA, E. C.; CORTEZ-ESCALANTE, J.; CAVALCANTE, F. V.; BARRETO, I. C. de H. C.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020-2022. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 105, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/798jKxCNGhB85QBJXdK6h9z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 mai. 2025.

MUGNATTO, S. Conep relata irregularidades em estudo feito com o uso da proxalutamida contra Covid-19. **Câmara dos Deputados**, 04 nov. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/823832-conep-relata-irregularidades-em-estudo-feito-com-o-uso-da-proxalutamida-contr-covid-19/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P. de.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Revista Brasileira de Medicina, de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2532>. Acesso em: 22 mai. 2025.

NEVES, C. R. M.; CARVALHO, A. S. O desmonte da Reforma Psiquiátrica pelo governo federal: análise da crescente retomada de práticas manicomiais. **Tudo é Ciência: Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares**, n. 1, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://conferenciasunifoa.emnuvens.com.br/tc/article/view/90>. Acesso em: 22 mai. 2025.

OLIVEIRA, W. F. de. Medicalização da Vida: Reflexões sobre sua Produção Cultural. *In*: AMARANTE, P.; PITT, A. M. F.; OLIVEIRA, W. F. de. **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 11-16.

OLIVEIRA-FRIESTINO, J. K.; BIESEK, L. L.; NAKALSKI, L. R.; FONSÊCA, G. S. Psicotrópicos prescritos na Atenção Básica: A importância do prontuário do paciente na produção do cuidado. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2021. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2556>. Acesso em: 22 mai. 2025.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de Covid-19. **OPAS**, 2024a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 22 mai. 2025.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde mental. **OPAS**, 2024b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>. Acesso em: 22 mai. 2025.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. **OPAS**, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde cid-11. **Organização Mundial da Saúde**, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-,The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD-11%2C%20was,1st%20January%202022.%20>. Acesso em: 22 mai. 2025.

OXFAM BRASIL. Direitos humanos em tempos de austeridade. OXFAM Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/publicacao/direitos-humanos-em-tempos-de-austeridade/#:~:text=Estudo%20realizado%20pelo%20Instituto%20de,%C3%A0%20%C3%A1rea%20social%20no%20Brasil>. Acesso em: 22 mai. 2025.

PEREIRA, É. L.; CORTEZ, L. C. de A.; FONTES, F. F.; SILVA, M. de F. dos S. Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica. **Polis e Psique**, v. 11, n. 2, p. 51-71, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2021000300004. Acesso em: 22 mai. 2025.

PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/RbtXH5FvNzT3w4RHC4wnHMq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 mai. 2025.

PESSOA, L. O Teto de Gastos foi um golpe profundo no SUS e no direito à saúde. **Carta Capital**, 2021. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/observatorio-banco-central/o-teto-de-gastos-foi-um-golpe-profundo-no-sus-e-no-direito-a-saude/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

PIMENTA, T. Por que os afastamentos por saúde mental continuam aumentando? **Terra**, 10 jun. 2024. Disponível em: https://www.terra.com.br/economia/por-que-os-afastamentos-por-saude-mental-continuam-aumentando,f02ad580bf037c24525b74f418fdc86biv4xk4nl.html#google_vignette. Acesso em: 22 mai. 2025.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Desenvolvimento territorial: Sistema Municipal de Planejamento do Território (SISPLAN). Prefeitura de Juiz de Fora, 2010-2019. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/desenvolvimentodoterritorio/dados/rp_leste.php. Acesso em: 22 mai. 2025.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Painel Covid-19 Juiz de Fora. PJF, 2024. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/255d43f95ef1446e959a20e568f2a04e/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

RAMOS, M. F. O papel de Paulo Guedes na implosão de direitos e na explosão da pandemia. **Brasil de Fato**, 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/07/28/o-papel-de-paulo-guedes-na-implosao-de-direitos-e-na-explosao-da-pandemia/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

RODRIGUES, C. Por uma filosofia política do luto. **Revista O que nos faz pensar**, v. 29, n. 46, p. 58-73, 2020. Disponível em: <https://oquenofazpensar.fil.puc-rio.br/oqnf/article/view/737>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

SANTOS, L. da S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Revista Psicologia Clínica**, v. 30, n. I, p. 37-59, 2018. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100003. Acesso em: 22 mai. 2025.

SANTOS-PINTO, C. B.; MIRANDA, E. S.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KbTcQRMdhjHSt7PgdlLNJyg/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SANTOS, T. S.; TELLES, L.; LIMA, M. Mulheres negras e o mercado de trabalho: um estudo sobre as trabalhadoras domésticas no Brasil. **NEXO Políticas Públicas**, 23 mai. 2024. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2024/05/23/mulheres-negras-e-o-mercado-de-trabalho-um-estudo-sobre-as-trabalhadoras-domesticas-no-brasil>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial a grupos populacionais vulneráveis por processos de exclusão social na pandemia de covid-19. *In*: MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas a pandemia. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2021. p. 87-98.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. COVID – Monitoramento. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2024. Disponível em: <https://info.saude.mg.gov.br/1/paineis/2>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SECCO, A. C.; TESSER, C. D. Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TRVpySZtbTGpRtMHDtjK6Lm/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SEGATA; J.; LÖWY, I. Covid longa, a pandemia que não terminou. **Horizontes Antropológicos**, v. 30, n. 70, set./dez. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/nvbMkWCWBZ9sh5QHwcpjJjc/#>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SENADO FEDERAL. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (CPI): Relatório Final. Senado Federal, Brasil, 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/atividade/comissoes/comissao/2441/mna/relatorios>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SHALDERS, A. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques. **BBC News Brasil**, Brasília, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SILVA, V. P.; BOTTI, N. C. L.; OLIVEIRA, V. C. de; GUIMARÃES, E. A. de A. Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 6, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/8783>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SOALHEIRO, N. I.; MOTA, F. S. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Polis e Psique**, v. 4, n. 2, p. 65–85, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/49807>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SOUZA, S. J.; CARVALHO, C. de S. Ética e pesquisa: o compromisso com o discurso do outro. **Polis e Psique**, v. 6, n. 1, p. 98–112, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/61385>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SOUZA, L. K. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005. Acesso em: 22 mai. 2025.

SZEGÖ, T. Mulheres sofrem mais com problemas do sono, aponta estudo. **CNN**, 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/mulheres-sofrem-mais-com-problemas-do-sono-aponta-estudo/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

THINK OLGA. Esgotadas! **Laboratório Think Olga de Exercícios de Futuro**, 2023. Disponível em: <https://lab.thinkolga.com/esgotadas/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

UNFPA – United Nations Population Fund. Covid-19: Um Olhar para Gênero. **UNFPA**, 25. mar. 2020. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/um-olhar-parag%C3%AAAnero#:~:text=Durante%20a%20pandemia%20de%20COVID,Documento%20traduzido>. Acesso em: 22 mai. 2025.

VIANA, D. M.; LIMA, A. F. de. Saúde mental e atenção primária: compreendendo articulações e práticas na saúde da família no Ceará. **Revista de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 118-130, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/23050>. Acesso em: 22 mai. 2025.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIEIRA, B.; MARQUES, P. Filha da primeira vítima de Covid no Brasil perdeu os avós e os dois tios pela doença após a morte da mãe. **G1**, 19 out. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/19/filha-da-primeira-vitima-de-covid-no-brasil-perdeu-os-avos-e-dois-tios-com-a-doenca-apos-a-morte-da-mae.ghtml>. Acesso em: 22 mai. 2025.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

XIMENES, V. M. *et al.* Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária: suas contribuições às metodologias participativas. **Psicologia em Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 4-13, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000200002. Acesso em: 22 mai. 2025.

ZANELLO, V. Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. *In*: STEVENS, C. *et al.* **Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares**. Brasília: ExLibris, 2010. p. 307-320.

ZANELLO, V.; SILVA, R. M. C. Saúde mental, gênero e violência. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/745. Acesso em: 22 mai. 2025.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. *In*: ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller de. **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

ZOROUFCHI, B. H.; DOUSTMOHAMMDI, H.; MOKHTARI, T.; ABDOLLAHPOUR, A. Benzodiazepines related sexual dysfunctions: a critical review on pharmacology and mechanism of action. **Revista Internacional de Andrología**, v. 19, n. 1, p. 62-68, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1698031X19300834>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA-JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nqv3K7JRXxmrBvq5DcQ88Qz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ZORZANELLI, R. Sobre os DSM's como objetos culturais. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA-JÚNIOR, B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 55-68.

APÊNDICE A – ROTEIRO RODAS DE CONVERSA

1. O que é saúde mental;
 - Preocupações cotidianas que afetam a saúde mental;
 - O que causa mal-estar ou angústia;
2. Qual o lugar do medicamento psiquiátrico no cotidiano;
 - Desde quando faz uso de psicotrópico (período de tempo);
 - Qual medicamento é utilizado;
 - Por que os usuários/as presentes utilizam o psicotrópico;
3. Há formas de se ter saúde mental além do uso de medicamentos? Quais são elas?
 - Que outras práticas os/as usuários/as praticam em prol da própria saúde mental;
4. O impacto das vulnerabilidades sociais na saúde mental (aqui, pode-se usar como exemplo a pandemia de Covid-19 e seus impactos);
 - Pode ser que essa questão apareça vinculada ao item nº 1, caso isso não aconteça, a mesma será retomada ao final da discussão;
5. QUESTÃO: O que é necessário para se ter saúde mental?

Após a discussão, convidar as pessoas presentes para escrever no cartaz. A confecção do cartaz torna-se um registro material do que foi dialogado, possibilita interação e visualização das principais questões discutidas pelo grupo.

APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTAS

- Apresentação da pesquisa brevemente (intuito, direcionamento e apresentação da pesquisadora);
- Solicitação de autorização para gravar a conversa e esclarecimentos sobre o cuidado com o material colhido (o TCLE será assinado ao final, por se tratar de uma formalidade);

1) Apresentação [Nome, profissão/atividade ocupacional, estado civil, idade];

- Há quanto tempo reside no bairro?
- Algum familiar mora perto?
- Gosta de residir ali?

2) Como você vivenciou o período da Pandemia de Covid-19?

- Teve Covid-19?
- Conhece alguém que teve, perdeu algum parente ou pessoa próxima para a doença?
- Qual e como foi a vivência no período de distanciamento social? [Ficou mais reclusa, não parou com as atividades];
- Como você cuidou de sua saúde mental durante a pandemia?

3) Consumo de psicotrópicos: Você passou a consumir algum psicotrópico durante a pandemia?

- Se já fazia uso antes, como iniciou e se esse houve alguma alteração no período pandêmico (aumento/diminuição da dose, consumo de fármacos diferentes);
- Qual foi lugar do medicamento nesse período?
- Quais psicofármacos você usa? E há quanto tempo usa?
- Cotidiano de consumo: [Horários, quantidade, como ele se insere no seu dia a dia, se precisa de suporte];
- Se conhece pessoas próximas que consomem psicotrópicos e se conversa sobre esse consumo;
- Porque você usa/toma essa medicação? [Se possui algum diagnóstico ou questão de Saúde Mental que considere relevante];
- Explorar essa questão: Como foi feito, quem deu o diagnóstico (se tiver), onde a pessoa é atendida e como é o atendimento;

4) Como você se sente com o medicamento?

- Percebe algum efeito;
- Além do medicamento, há algo (alguma atividade) que te auxilia a lidar com as questões de SM? [Conhece outras práticas de cuidado possíveis];
- Desmedicalização como uma questão a ser abordada com cuidado (a depender dos caminhos da entrevista);

ANEXO I – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“Pandemia da Covid-19 e a produção de cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde”**. Esta pesquisa tem sido desenvolvida em diferentes territórios e apresenta alguns interesses específicos. Nesse sentido, sua participação será referente ao nosso objetivo em compreender as práticas de consumo de medicamentos psicotrópicos relacionados à pandemia. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o aumento significativo no consumo de psicotrópicos, inclusive considerando o período pandêmico e o desejo de compreender como o fármaco se insere e se relaciona no cotidiano das pessoas que o consome. Dessa forma, pretende-se identificar as práticas de consumos entre pessoas atendidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, relacionando a questão com a pandemia de Covid-19. Compreender os sentidos atrelados ao possível consumo de fármacos e identificar como a demanda de saúde mental se apresenta na atenção básica também são objetivos do estudo.

Para tanto, pretende-se realizar entrevistas semiestruturadas – com roteiro previamente construído e que dialoga com os objetivos do estudo e com as vivências no campo de pesquisa. As entrevistas serão gravadas em áudio, para possível transcrição posterior e incremento do material na elaboração final do trabalho.

Esta pesquisa apresenta um risco mínimo, considerando que você pode não se sentir à vontade ou pode sentir desconforto ao falar algo durante a entrevista. Nesse caso, você poderá pedir para se retirar ou interromper a qualquer momento e a pesquisadora responsável realizará o acolhimento da demanda, se necessário. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por conta das atividades realizadas, você terá direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão.

Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que esse trabalho possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2024.



Assinatura do (a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador(a)

Nome do Pesquisador Responsável: Fernando Santana de Paiva
**Campus Universitário da UFJF/Instituto de Ciências Humanas/Programa de Pós
Graduação em Psicologia**
CEP: 36036-900
Fone: 32 2102-6321
E-mail: posgraduacao.ich@ufjf.edu.br