

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PRISCILA MARIA MARCHETI FIORIN

**ENTRE FIOS E DESAFIOS: O MOVIMENTO DA SUBJETIVIDADE DE
MULHERES EM SOFRIMENTO MENTAL**

Campo Grande, MS

2022

PRISCILA MARIA MARCHETI FIORIN

**ENTRE FIOS E DESAFIOS: O MOVIMENTO DA SUBJETIVIDADE DE
MULHERES EM SOFRIMENTO MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Faculdade de Educação, como requisito à obtenção de título de Doutor.

Área de concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Educação, Cultura, Sociedade cuja a orientadora está vinculada ao Grupo de Pesquisa Desenvolvimento Humano e Educação Especial

Orientadora: Profa Dra. Alexandra Ayach Anache

Campo Grande, MS

2022

PRISCILA MARIA MARCHETI FIORIN

ENTRE FIOS E DESAFIOS: O MOVIMENTO DA SUBJETIVIDADE DE MULHERES EM SOFRIMENTO MENTAL

Trabalho acadêmico apresentado ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Doutor em Educação.

Área de concentração: Educação

Campo Grande, MS, 18 de agosto de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Alexandra Ayach Anache (Presidente)
Faculdade de Ciências Humanas
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório (Membro titular)
Faculdade de Educação
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart (Membro titular)
Faculdade de Educação
Universidade de Brasília

Profa. Dra Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega (Membro titular)
Escola de Enfermagem da USP
Universidade de São Paulo

Profa. Dra Zaira de Andrade Lopes (Membro titular)
Faculdade de Ciências Humanas
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Profa. Dra Denise Mesquita de Melo Almeida (Membro suplente)
Curso de Psicologia
Universidade Federal da Grande Dourados

Profa. Dra Maria Angélica Marcheti (Membro suplente)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

A Ti, toda honra e toda glória.

Porque Dele, por Ele,

Para Ele são todas as coisas.

Dedicatória

Aos meus amados pais Osvaldo Marcheti e Maria Lazir Rodolfo Marcheti (in memoriam), aos meus queridos irmãos, em especial à Maria Angélica, minha inspiração como enfermeira, docente e ser humano.

Ao meu parceiro de vida Paulo Sérgio Fiorin e às minhas preciosas filhas Laura, Bárbara e Beatriz.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é, antes de tudo, um ato de amor.

Muito obrigada!

Aos meus pais, **Oswaldo Marcheti**, por ser minha fortaleza, e **Maria Lazir Rodolfo Marcheti** (*in memoriam*), por ser o amor que habita em mim, te amo minha mãezinha! Obrigada por me ensinarem desde cedo o valor do afeto e do diálogo.

Aos meus irmãos, **Maria Angélica**, **Virgínia Maria** e **Douglas César**, por estarem presentes nas minhas melhores recordações e me fazerem lembrar da essência da minha alma. É uma alegria dividir a vida e as risadas com vocês.

Ao meu esposo e amigo, **Paulo Sérgio Fiorin**, pela cumplicidade e companheirismo, sempre presente nos momentos de alegria e me apoiando nos períodos de dificuldades.

Às minhas belas filhas, **Laura**, **Bárbara** e **Beatriz**, que me ajudaram a conciliar os papéis de pesquisadora e mãe. Vocês são o bálsamo que me conforta, alivia e consola. Minha vida teve um novo sentido após suas chegadas.

À **Universidade Federal do Mato Grosso do Sul** e sobretudo aos colegas do **Curso de Enfermagem**, em especial, Luciana Contrera e Elaine Cristina Baez Sarti, pela presença na minha caminhada profissional e à Bianca C. Ciccone Giacom Arruda por compartilhar o desafio de cuidar de pessoas em sofrimento mental. Obrigada pelo apoio.

Aos docentes do **Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**, por me proporcionarem espaço de reflexão e construção profissional e pessoal.

Aos meus colegas do **Grupo de Pesquisa em Desenvolvimento Humano e Educação Especial (GDHEEsp)** que compartilharam aprendizados e desafios alinhados à perspectiva da educação inclusiva.

Um agradecimento especial à Profa. Dra. **Alexandra Ayach Anache**, por revigorar a minha caminhada, acreditando em mim, me orientando, me apoiando

e me acolhendo carinhosamente. Por dividir comigo sonhos, alegrias e ideais; e, acima de tudo, por me incentivar a dar o meu melhor naquilo que acreditávamos e nos propusemos a construir e, ainda, por me mostrar que todas as pessoas, indistintamente, obtêm sucesso se lhes forem ofertadas as condições adequadas de aprendizagem.

Aos Profs. Drs. **Antônio Osório, Daniel Goulart, Perpétua Nóbrega, Zaira de Andrade Lopes, Denise de Melo Almeida e Angélica Marcheti** por aceitarem fazer parte da banca e contribuir para o enriquecimento deste estudo.

Ao **Centro de Atenção Psicossocial**, pelo apoio no desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço à gerência, à equipe multiprofissional de saúde e à equipe administrativa pelo carinho que sempre me receberam.

Aos meus **queridos amigos e familiares**, que sempre torceram e estiveram ao meu lado durante o meu percurso acadêmico.

Minha gratidão às **mulheres participantes do estudo**, por me permitirem fazer parte das suas vidas e por compartilharem comigo o que vocês têm de mais precioso: suas histórias de vida. Vocês me ensinaram como o respeito e o diálogo são valiosos instrumentos em um processo terapêutico.

Borboletas*

A maior riqueza do homem é sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou— eu não aceito.
Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas,
que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva etc.
Perdoai. Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas.

(Manoel de Barros - *Retrato do Artista quando Coisa)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo compreender as configurações subjetivas do sofrimento de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), enfatizando processos de mudanças a partir da inserção em uma proposta educativa por meio de uma oficina terapêutica. Trata-se de um estudo fundamentado na Teoria da Subjetividade sob a perspectiva cultural-histórica, inspirado nos princípios da Epistemologia Qualitativa conduzido pelo método construtivo-interpretativo proposto por González Rey. A Teoria da Subjetividade permite a compreensão dos sentidos subjetivos e configurações subjetivas constituintes dos processos psicológicos humanos produzidos nos espaços sociais. Esses referenciais favoreceram a articulação entre pesquisa científica e prática profissional, enfatizando as relações humanas e as produções subjetivas que estão além daquilo que é explícito nos contextos institucionais e na prática profissional. Participaram da pesquisa seis mulheres em condição de sofrimento mental, em tratamento e inscritas em um Centro de Atenção Psicossocial; três membros familiares, e sete profissionais de saúde do serviço. Para tanto, a pesquisadora desenvolveu uma oficina terapêutica que serviu como espaço e instrumento indutor de diálogos e vínculos entre as mulheres participantes e outras técnicas como entrevistas, dinâmica conversacional, complemento de frases e instrumentos expressivos não escritos. Todos esses recursos objetivaram favorecer momentos dialógicos que proporcionassem a abordagem de assuntos relevantes para o desenvolvimento do estudo. Os resultados estão apresentados em três eixos temáticos: o movimento da política de saúde mental na subjetividade social das participantes da pesquisa; as configurações subjetivas e a ocorrência da subjetivação feminina no entorno dessas mulheres; e entre fios e desafios: entrelaçando a rede de configurações subjetivas de Nina. Concluiu-se que as ações e relações instituídas por meio da oficina proporcionaram condições às participantes de assumirem o protagonismo de suas vidas, tornando-se autônomas para o enfrentamento das adversidades pelos danos gerados no processo de adoecimento mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Mulheres. Educação. Subjetividade. Serviços de Saúde Mental

ABSTRACT

This research aimed to understand the subjective configurations of the suffering of women assisted at a Psychosocial Care Center (CAPS), emphasizing processes of change resulting from their participation in an a therapeutic workshop with educational purposes. This study uses the Theory of Subjectivity, within a cultural-historical perspective, inspired by the principles established by the Qualitative epistemology, as its theoretical framework, and uses the constructive-interpretative method proposed by González-Rey. The Theory of Subjectivity allows for understanding the subjective senses and subjective configurations that constitute human psychological processes produced in social spaces. The chosen framework favors the articulation between scientific research and professional practice, emphasizing human relationships and subjective productions, which go beyond that which is explicit in institutional contexts and professional practice. Six women with mental distress, undergoing treatment and enrolled in a Psychosocial Care Center; three family members, and seven health service professionals participated in this study. To this end, the researcher created a therapeutic workshop that served as a space and instrument for inducing dialogue and bonds among the participating women. Other complementary techniques such as interviews, conversational dynamics, sentence completion and unwritten expressive instruments were also used. All these resources aimed to favor dialogic moments that would provide the opportunity to address subjects relevant for the development of the study. The results are presented in three thematic axes: the mental health policy social movement present in the social subjectivity of the research participants; the subjective configurations and female subjectivation processes present in these women's environment; and threads and shreds: weaving Nina's network of subjective configurations. The study concludes that the actions and relationships established through the workshop provided the opportunity for the participants to become the protagonists in their own lives, developing autonomy to face the adversities caused by the damage generated in the process of becoming mentally distressed.

Key-words: Mental Health. Women. Education. Subjectivity. Mental health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Lanche trazido pelas mulheres.....	79
Figura 2 - Sala coletiva do CAPS onde ocorriam as atividades da oficina.....	93
Figura 3 - Desenho de Lucila sobre quem ela é após o adoecimento mental.....	101
Figura 4 - Desenho da sua auto imagem em tamanho normal e aumentado.....	136
Figura 5 - Escrita da sua auto imagem: como eu sou agora.....	138
Figura 6 - Escrita sobre o momento vivido na oficina.....	141
Figura 7 - Configuração de quem Nina considera família.....	141
Figura 8 - Atividade com colagem de folhas de revista.....	145
Figura 9 - Nina mostrando a atividade de bordado de ponto cruz: um formato de coração.....	147
Figura 10 - Evolução do bordado de ponto cruz em tecido xadrez: tulipa e gato preto.....	152
Figura 11 - Nina iniciando o bordado vagonite e finalizando o barrado.....	153
Figura 12 - Nina e o desenho livre com giz de cera derretido no fogo da vela.....	154
Figura 13 - Desenho livre com giz de cera derretido no fogo da vela.....	155
Quadro 1 - Ações, serviços e procedimentos realizados no CAPS III.....	74
Quadro 2 - Psicofármacos prescritos para Nina no momento da análise documental.....	124
Quadro 3 - Características apresentadas por Nina no início e ao final da pesquisa.....	160

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 CONCEITOS GERAIS E REVISÃO DE LITERATURA.....	18
1.1 Caminhos de uma clínica antimanicomial e o cenário brasileiro da saúde mental.....	18
1.2 Estratégias de cuidados que promovam a (re)habilitação social e psicossocial a pessoas em sofrimento mental.....	35
1.3 A Enfermagem como uma ciência humana centrada no cuidado.....	44
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	57
2.1 Teoria da Subjetividade: fundamentos e conceitos centrais.....	57
3 REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	67
3.1 Estudo de Caso.....	71
3.2 O contato com a Secretaria Municipal de saúde e com os profissionais de saúde do CAPS.....	72
3.3 Os participantes da pesquisa.....	73
3.3.1 O contato com os participantes da pesquisa.....	73
3.4 A escolha do local e a produção do cenário social.....	73
3.5 Instrumentos.....	76
3.6 Aspectos Éticos.....	89
4 A CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO.....	91
4.1 Eixo Temático 1: O movimento da política de saúde mental na subjetividade social das participantes da pesquisa.....	91
4.2 Eixo temático 2: As configurações subjetivas e ocorrência da subjetivação do feminino no entorno dessas mulheres.....	107
4.3 Eixo temático 3: Entre fios e desafios, entrelaçando a rede de configurações subjetivas de Nina.....	122
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS.....	168
APÊNDICES.....	191

INTRODUÇÃO

Todas as manhãs ela deixa os sonhos na cama, acorda e põe sua roupa de viver.

Clarice Lispector

Minha motivação para o tema

Desde o início da minha prática profissional, logo após a conclusão do curso de graduação em enfermagem, deparei-me com pessoas em sofrimento mental que necessitavam de algum tipo de cuidado, quer no âmbito hospitalar quer no comunitário. Meu primeiro emprego como enfermeira, onde permaneci por 5 anos, foi em um hospital psiquiátrico de grande porte - com uma média de 150 pacientes - no interior do estado de São Paulo, no qual executava atividades administrativas e assistenciais às pessoas internadas. As atividades assistenciais envolviam cuidados como suprir as necessidades humanas relativas a nutrição, higiene, conforto, segurança, eliminação e outros, administração de medicamentos prescritos e ludoterapia. Nesse contexto, a família estava presente apenas durante os períodos de visita.

Após essa experiência, mudei-me para o estado do Mato Grosso do Sul, onde trabalhei por doze anos como docente de um curso de graduação em enfermagem em uma universidade privada na capital do estado, ministrando a disciplina teórica e prática de Enfermagem Psiquiátrica. A proposta da atividade prática era realizada no contexto hospitalar em uma instituição psiquiátrica referência do estado.

Essa vivência me inquietou e levou-me a buscar subsídios para o trabalho com essas pessoas e suas famílias, pois o atendimento ofertado não promovia a saúde mental delas. Dessa forma, busquei participar de cursos de capacitação com ênfase no cuidado de pessoas com transtornos mentais e na promoção da saúde mental. Ao mesmo tempo, iniciei atividades de educação em saúde com os pacientes hospitalizados na instituição em que atuava na qualidade de docente.

A partir da implantação de centros de atenção psicossociais, discussões sobre a atuação do enfermeiro na área da Saúde Mental permearam os serviços

e a formação profissional do graduado em Enfermagem. Houve, portanto, uma mudança no papel desse profissional no contexto da saúde mental: antes concentrado, principalmente, nos cuidados referentes às necessidades humanas básicas, passou a abranger ações de inclusão social, de promoção de saúde, e também em ações mais colaborativas com a equipe profissional de saúde.

Com isso, atividades grupais e oficinas terapêuticas passaram a constituir recursos utilizados pela equipe de saúde nos serviços de atenção básica e demais setores de atendimento à pessoa com transtorno mental. O enfermeiro, membro dessa equipe, ao se apropriar das oficinas terapêuticas como um instrumento dialógico, as reconhece como importante forma de promoção da educação em saúde e reinserção social.

Posteriormente, atuando como docente na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, percebi a necessidade de propor mudanças junto à estrutura curricular do curso de enfermagem e inserir atividades que promovessem a saúde mental de pessoas em sofrimento, substituindo as aulas práticas, que eram desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos, por atividades que envolviam ações educativas e assistenciais nos serviços de Saúde Mental e CAPS vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SESAU). Essas ações eram norteadas por oficinas terapêuticas, acolhimento e grupos de apoio que tratavam de aspectos de interesse em saúde dos participantes.

Nessa ocasião, foi possível perceber que as mulheres em sofrimento mental com idade acima de 45 anos eram as que mais manifestavam interesse por atividades terapêuticas, pois não havia nada dessa natureza programado no CAPS.

Essas mulheres se encontravam no período pré-menopausa, quando ocorrem alterações hormonais que podem impactar no estado de humor e aumentar a irritabilidade, levando a insônia, tristeza, cansaço, entre outros males. Essas mudanças poderiam ser um dos motivos para que elas buscassem o serviço de saúde mental. Ainda, o papel social da mulher tem passado por transformações ao longo do tempo, com a sua inserção no mercado de trabalho, a independência financeira e o enfrentamento de desafios ao assumir múltiplos

papéis. Esse contexto implica uma sobrecarga física e emocional que podem contribuir para o aumento do sofrimento mental dessas mulheres.

Buscando operacionalizar um espaço destinado às mulheres de modo que pudessem expressar sentimentos, interagir entre si, trocar experiências vividas sobre assuntos comuns, estabeleci parcerias com a equipe profissional, em especial com a enfermeira do CAPS, para implantar uma oficina terapêutica sob o título “Cuidando das Lobas”. Esse título foi escolhido em parceria com alunos de graduação em enfermagem e as mulheres inscritas no serviço, em alusão ao comportamento de uma nova geração de mulheres e sua inserção na sociedade, no mercado de trabalho, na conquista de direitos e maior independência financeira.

Resolvemos utilizar o bordado em ponto cruz como material artístico para essa oficina em razão da minha aproximação com a técnica e por ser uma ferramenta que promove o desenvolvimento psicológico das mulheres, pois requer habilidade motora e capacidade de planejar, organizar e memorizar, que são amalgamados por aspectos afetivos. Além disso, bordar em grupo estimula a tessitura de redes de solidariedade, demanda das participantes atitudes de concentração e administração do tempo-espço, e, sobretudo, faz com que aprendam a atribuir valores aos pequenos resultados obtidos no percurso.

No entanto, em um processo de mudança e reestruturação das regiões territoriais de atendimento do CAPS, essas mulheres foram transferidas para outros serviços de saúde mental, provocando frustração uma vez que não poderiam mais continuar participando das atividades da oficina terapêutica.

De modo a possibilitar que a atividade fosse continuada, elaborei um projeto de extensão com a ajuda dos acadêmicos de enfermagem, e implantamos uma oficina terapêutica semelhante à que ocorria no CAPS, na Clínica Escola Integrada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A oficina recebeu o nome “Bordando a Vida”, sugerido por uma das mulheres participantes, que dizia que “essa expressão traduzia o quanto a oficina está interligada com a sensível linha chamada vida”. Todas as mulheres que frequentavam a primeira oficina foram convidadas a participar desse novo espaço.

Norteadas pelos mesmos objetivos da outra, essa nova oficina foi aberta às mulheres adultas da comunidade em geral que se encontravam em sofrimento mental, não necessitando, para frequentá-la, de laudo médico de transtorno mental ou de encaminhamentos. Assim, todas as mulheres que se encontravam em algum processo de alterações mentais eram bem-vindas à oficina e aquelas vinculadas ao CAPS puderam dar continuidade em suas atividades.

O espaço interacional da oficina possibilitou observar narrativas plenas de vivências desafiadoras, vulnerabilidades e experiências de enfrentamento, perdas e aflições vividas por essas mulheres. Essa iniciativa proporcionou a criação de vínculo que ajudou na melhor compreensão do processo de adoecimento e dos mecanismos de enfrentamento que as ajudavam a amenizar o sofrimento causado pelo transtorno mental.

A experiência me permitiu refletir sobre o conceito de doença e transtorno mental sustentado pelo modelo biomédico e o quanto o diagnóstico rotula a vida dessas mulheres, resultando em efeitos não desejáveis em suas relações individuais e sociais. No contexto social, os transtornos mentais se configuram em um conjunto de sintomas e comportamentos que interferem nas funções cognitivas e psicológicas da pessoa, e seu tratamento envolve o controle desses comportamentos. Porém, para González Rey (2011, p.22), o transtorno mental

não é uma “doença”; é uma configuração subjetiva em processo de vida atual do sujeito, que ganham sentido subjetivo nos marcos de múltiplas configurações subjetivas da ação, em cuja congruência aparece a organização atual da personalidade.

Seguindo a perspectiva do autor, busco neste estudo direcionar o foco, especialmente, na pessoa que sofre, e não nas doenças ou nos transtornos mentais, por entender que o sofrimento mental não é exclusivo daquelas que receberam um diagnóstico médico específico, mas sim um fenômeno que está presente na vida das pessoas, para o qual o cuidado só será possível se compreendermos como o sofrimento se processa singularmente.

Tais aspectos motivaram-me a realizar o estudo com mulheres e a buscar compreender como os danos gerados pelo sofrimento mental são subjetivados por elas. Nessa trajetória, fui apresentada à Teoria da Subjetividade, de autoria dos Professores Fernando González Rey e Albertina Mitjans Martínez, que me

motivou a construir uma proposta educacional com a finalidade de mobilizar os recursos subjetivos que pudessem resultar no desenvolvimento individual e social dessas mulheres. Essa ideia inspira-se nas produções de Goulart (2017, 2019), as quais enfatizam que os processos educativos podem ter efeitos terapêuticos, colaborando para que as pessoas que estão nessas condições tenham oportunidades de superar as consequências de serem rotuladas como “doentes mentais”.

Por ser um sistema aberto e dinâmico, a subjetividade na perspectiva cultural-histórica aparece na comunicação das participantes da pesquisa, que assumem o papel de agentes e sujeitos do processo (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Portanto ela é considerada

um sistema simbólico-emocional orientado à criação de uma realidade peculiarmente humana, a cultura, da qual a própria subjetividade é condição de seu desenvolvimento e dentro da qual tem a sua própria gênese, socialmente institucionalizada e historicamente situada (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p.27).

A partir desse referencial teórico, agentes e sujeitos não são sinônimos de pessoa ou indivíduo, estão situados em um tempo histórico e estão sempre em movimento. No entanto, essas duas categorias se diferem: agente é o “indivíduo - ou grupo social - situado no devir dos acontecimentos no campo atual das experiências”; e os sujeitos assumem o protagonismo nas interlocuções promovidas pelo diálogo, é “aquele que abre uma via própria de subjetivação, que transcende o espaço social normativo dentro do qual suas experiências acontecem” (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 73). Esses e outros conceitos teóricos serão aprofundados no decorrer desta tese.

Nessa perspectiva, foi desenvolvida a problemática que orientou a pesquisa, em que se procurou responder às seguintes questões: Como uma oficina terapêutica na perspectiva educacional com mulheres com transtornos mentais poderá contribuir na mobilização de novos sentidos subjetivos e proporcionar aprendizado para superar os agravos do adoecimento mental? Em que medida as mulheres participantes da oficina foram agentes ou sujeitos? Como o CAPS pode se apresentar como um cenário de aprendizagem e transformação no desenvolvimento para mulheres que o frequentam? Que

outras formas de cuidado menos estigmatizantes podem surgir dessas ideias ao questionar a clínica da patologia?

Assim, esta pesquisa tem como objetivo: compreender as configurações subjetivas do sofrimento de mulheres atendidas em um CAPS, enfatizando processos de mudanças a partir da inserção em uma proposta educativa por meio de uma oficina terapêutica.

Como objetivos específicos, destacam-se:

- Compreender aspectos da subjetividade social do Centro de Atenção Psicossocial a partir das vivências das participantes da pesquisa;
- Explicar os desdobramentos de ações e relações produzidas na oficina terapêutica com ênfase em processos de emergência de agentes e sujeitos.

O presente estudo está organizado em quatro capítulos. O Capítulo I objetiva contextualizar o problema da pesquisa, apresentando uma explanação da produção científica e reflexão sobre como os serviços de saúde mental e os profissionais de saúde assistem a mulher em sofrimento mental. O Capítulo II é composto pelo referencial teórico que norteia a análise das informações construídas na tese. No Capítulo III o referencial epistemológico e metodológico é apresentado a partir dos fundamentos da Epistemologia Qualitativa. O Capítulo IV apresenta a análise das informações com três eixos temáticos: o movimento da política de saúde mental na subjetividade social das participantes da pesquisa; as configurações subjetivas e a ocorrência da subjetivação feminina no entorno dessas mulheres; e entre fios e desafios: entrelaçando a rede de configurações subjetivas de Nina.

1 CONCEITOS GERAIS E REVISÃO DE LITERATURA

*O saber se aprende com os mestres.
A sabedoria, só com o corriqueiro da vida.*

Cora Coralina

1.1 Caminhos de uma clínica antimanicomial e o cenário brasileiro da saúde mental

Por muito tempo, as pessoas consideradas com transtornos mentais eram vistas como aqueles que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos, consideradas alienadas. Hoje, essa história vem passando por mudanças a partir de modelos comunitários menos estigmatizantes, e com respeito à cidadania e aos seus direitos humanos. Apesar desses avanços na assistência, a história mostra que nem sempre foi assim. Em momentos no passado, essas pessoas eram consideradas seres humanos com poderes divinos ou eram vistas como possuídas por demônios.

Em meados do século XVII, Foucault denominou de “a grande internação” o processo expressa a forma como os “loucos” eram vistos, pois eram considerados uma ameaça à ordem social, impróprios para o trabalho e demasiadamente descontrolados para o mundo científico. Porém, a “loucura” não é um objeto natural que se espera que seja compreendida pelo homem, mas a criação do próprio homem, como explica abaixo:

Na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVII – a partir da internação – a loucura atravessa um período de silêncio, de exclusão. Ela perdeu essa função de manifestação, de revelação que ela tinha na época de Shakespeare e de Cervantes (FOUCAULT, 2006, p.163).

Na Idade Média, os “loucos” pertenciam ao horizonte social, conectando-se ao mundo como pessoas que traziam uma revelação na sua fala de forma extravagante, com uma linguagem aceita socialmente, apesar das suas particularidades. Essas pessoas eram deixadas vagando pelos campos ou entregues a marinheiros para serem colocadas nas naus dos “loucos” - navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão - para que fossem levadas mar adentro, longe de sua cidade natal.

Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a Narrenschiff é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos (FOUCAULT, 1972, p. 9).

No iluminismo, essas pessoas passam a ser objeto de estudo da ciência e, já no século XVIII, os primeiros espaços para tratamento começam a surgir. São os assim chamados Hospitais Gerais ou as Santas Casas de Misericórdia.

A doença mental, que a medicina vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo, e isto sob o efeito do pensamento político e moral do século XVII (FOUCAULT, 1972, p. 147).

Foucault criticou o modelo de tratamento ofertado pelo hospital geral de seu tempo, uma vez que esse era o local de confinamento para salvar a sociedade do perigo de conviver com aqueles seres humanos que destoavam da norma, possibilitando maior controle, punição e vigilância aos que eram considerados “loucos” perante a sociedade (FOUCAULT, 1972). Seguindo esse pensamento, qualquer pessoa considerada perturbadora da moral pública deveria ser internada nesses locais, independentemente de ter ou não uma doença mental.

Surgem então os grandes manicômios, depois chamados hospitais psiquiátricos, destinado ao tratamento de pessoas consideradas doentes mentais graves que deveriam ficar isoladas da sociedade. Essas instituições eram cuidadas pelos religiosos ou pelo estado para manter a ordem pública, passando a função de auxílio para punição. Nesse período ainda não havia correlação entre a loucura e a medicina.

Somente na virada do século XVIII para o XIX, surge a psiquiatria vinculada à medicina e à concepção de doença mental, o que inspirou Philippe Pinel a dar o primeiro passo para mudar a vida dessas pessoas com atitudes humanistas ao libertar os “loucos” das correntes e das prisões. A partir desse momento histórico, a loucura tornou-se uma questão médica e passa a ser vista

como uma doença que deve ser tratada dentro de instituições hospitalares baseada no isolamento (BRASIL, 2009a).

Esses hospitais foram desenvolvidos não apenas pelo surgimento de uma instituição que tratava de pessoas consideradas doentes mentais, mas também pela criação de uma lógica pautada pelo estigma da anormalidade (GOULART, 2019). As pessoas eram desprovidas de autonomia e de direitos civis (ANDRADE; PEDRÃO, 2005), pois, uma vez recebido o diagnóstico, não tinham mais direitos como cidadãos e eram considerados excluídos da sociedade (CANABRAVA *et al.*; 2010).

A gênese do cuidado institucionalizado no Brasil é atribuída à criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro em 1841. O país, portanto, tornou-se o primeiro da América Latina a usar o formato asilar de abrigar as pessoas consideradas doentes mentais. A partir de então, foram construídos vários outros manicômios pelo país (CANABRAVA *et al.*; 2010; YASUI, 2010; STOCKINGER, 2007).

Os tratamentos realizados dentro desses grandes hospitais psiquiátricos tinham o foco na doença e não na pessoa. Eles visavam eliminar os sintomas e disciplinar o comportamento, utilizando recursos como longos períodos de internação, segregação da família e da sociedade, uso excessivo de medicamentos (psicofármacos), choque cardioazólico (uso de cardiazol, que levava a pessoa a ter convulsões), insulinoaterapia (uso de insulina para induzir convulsões), técnicas de hidroterapia, neurocirurgias, eletroconvulsoterapia, terapias de ideologia moral (atividades laborais) e de restrição física (celas fortes, camisa de força e contenção no leito) (GUIMARÃES *et al.* 2013; BORENSTEIN *et al.*, 2007).

Em 1890, foi criada a primeira escola de enfermagem no Brasil, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospício Nacional dos Alienados, anexo ao Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro (GEOVANINI *et al.*, 2019). Naquela época, o cuidado realizado pelos enfermeiros no hospício era vigiar, controlar e punir as pessoas pelos atos cometidos, não havendo trocas sociais como comunicação, afetividade ou acolhimento, e a violências e abusos diversos

eram atitudes usadas, muitas vezes, para conter as crises de agitação dos doentes (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

Desse modo, pode-se dizer que a psiquiatria utilizava um modelo asilar com hospitais de confinamento e de longa permanência para o tratamento desses indivíduos, não considerando a pessoa em sofrimento mental como sujeito¹ ativo do seu tratamento. A família não era incluída a participar do cuidado, não havia valorização da sua história de vida, da sua cultura, e de seus relacionamentos, desconsiderando suas dimensões subjetivas, sociais e culturais.

Esses hospitais começaram a ser questionados pelos modos pelos quais essas pessoas eram tratadas, surgindo denúncias de maus tratos, descasos nos cuidados, superlotação, grande quantidade de mortes e abandono da família, considerando os aspectos socioeconômicos e as condições de vida dessas famílias, as quais não cabe neste momento discutir. Esses motivos inspiraram a reforma dos modelos de assistência a essas pessoas. Os modelos adotados em países como Estados Unidos, França e Itália foram inspirações para a criação da proposta de reforma psiquiátrica no Brasil (DESVIAT, 2015).

O movimento mais influente no Brasil foi a Psiquiatria Democrática Italiana. Seu precursor foi Franco Basaglia, psiquiatra italiano que atuou fortemente entre os anos de 1960 e 1970 no desmonte dos hospitais psiquiátricos no seu país. Compreendia que não havia acordo possível com esses hospitais, sendo necessário desestruturá-los, substituindo-os por novos dispositivos de tratamento com base comunitária. Criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica, questionando a função do hospital psiquiátrico, a ciência que o ancora e a sociedade que a estrutura. Assim, discutir o campo da saúde mental pressupõe a possibilidade de discutir as condições da sociedade, as relações humanas, as expressões e possibilidades de existências das experiências humanas (GOULART, 2019).

¹ O sujeito nesta perspectiva representa a capacidade de posicionamento de indivíduos e ou grupos, cujos limites estão na própria produção simbólica da cultura e nos recursos subjetivos para assumir os desafios dos espaços existenciais da experiência (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 73)

Os primeiros movimentos relacionados com a reforma da assistência psiquiátrica brasileira surgiram no final da década de 1970, quando profissionais recém-formados encaminharam uma carta ao Ministério da Saúde denunciando um cenário de descaso e violência dentro dos hospitais, desencadeando, assim, um processo de manifestações e reportagens divulgadas pela imprensa (AMARANTE; NUNES, 2018).

Os mesmos autores assinalam que um marco importante do movimento brasileiro ocorrido em 1987 foi o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, conhecido como Congresso de Bauru, onde surgiu pela primeira vez o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse movimento, ocorreram duas transformações significativas: a primeira quanto à sua constituição, quando deixa de ser somente um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social com a participação de outros ativistas de direitos humanos; e a segunda se referindo à imagem-objeto, associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, mas não explicitamente à extinção dos manicômios.

Ao longo da história, verifica-se um modelo manicomial baseado na prática da tortura, maus tratos e violação de direitos humanos tanto na perspectiva do cuidado como no desenvolvimento, pois, além da segregação, era tirada a possibilidade de se relacionar com outras pessoas, estudar, trabalhar, conviver em sociedade, morar na sua casa, dentre tantas outras coisas que eram furtadas da sua vida.

Após esse momento, nasce o Movimento da Luta Antimanicomial no país, composto por núcleos organizados nas grandes cidades do Brasil. O dia 18 de maio passa a ser o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, servindo para despertar na sociedade o pensamento crítico sobre exclusão das pessoas e a violência ocorrida dentro do sistema manicomial (AMARANTE; NUNES, 2018). O movimento extrapola o campo da psiquiatria e vai em busca de transformação do sistema de saúde e da participação social. Começa-se a compreender que transformar o manicômio significa mudar a sociedade e dar voz às pessoas que vivenciam o sofrimento mental. Significa transformar o lugar social destinado à loucura.

Em 1990, o Brasil assinou a Declaração de Caracas – documento sobre a reforma da assistência em saúde mental nas Américas –, firmando seu compromisso de proteger os direitos humanos e de cidadania das pessoas consideradas com transtornos mentais, e de chamar a atenção para a necessidade de se construir redes de serviços alternativos embasados nos ideais da Reforma Sanitária, que defende a permanência dessas pessoas em seu meio comunitário (OMS/OPAS, 1990).

A fim de avançar nos cuidados desses indivíduos, o Ministério da Saúde cria políticas e diretrizes para o funcionamento dos serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica com base nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, priorizando a assistência comunitária. Equipes multiprofissionais são convocadas e leitos em hospitais psiquiátricos tradicionais são substituídos por leitos em hospitais gerais públicos (AMARANTE, 1994; BRASIL, 1988; AMARANTE; NUNES, 2018).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento foi fortalecido, e surgiram discussões que impulsionaram mudanças na área da saúde mental, incitando um importante debate sobre o resgate da cidadania das pessoas que necessitavam dos serviços, principalmente a superação da estrutura assistencial no formato de alienamento e a importância dos determinantes sociais de saúde mental (SIMON; BAPTISTA, 2011).

Os determinantes sociais são importantes, pois estão relacionados com as “situações de vida e trabalho das pessoas e dos grupos relacionados com sua condição de saúde”, considerando os fatores “sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Por esse motivo, torna-se importante que a saúde, em especial a saúde mental, se una a outros setores da sociedade para que sejam construídas políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais através da reinserção social, proporcionando novos modelos de produção de saúde, oferta

de condições de trabalho, lazer, aprendizagem, além da conscientização da pessoa sobre a sua participação no processo de produção de saúde.

Para garantir esses direitos, o Governo Federal elaborou, em 2001, a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei n. 10.216 (Lei Paulo Delgado), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas consideradas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. A lei regulamenta cuidado especial com as pessoas internadas por longos anos, propõe o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos e prevê a possibilidade de internação psiquiátrica somente após cessados todos os recursos extra-hospitalares, mediante laudo médico, podendo ser voluntária (com consentimento da pessoa), involuntária (sem o consentimento da pessoa e a pedido de terceiros) ou compulsória (determinada pela Justiça) (BRASIL, 2001). Essa lei:

Assume o desafio de promover uma atenção integral aos indivíduos com transtornos mentais, extrapolando a dimensão médica envolvida e englobando os serviços psicológicos, ocupacionais, de lazer, de serviço social, entre outros (GOULART, 2019, p.33).

Também instituiu um modelo de atenção à Saúde Mental aberto e com novas estruturas de tratamento de base comunitária, cujas ações são organizadas em redes de cuidados territoriais e com atuação transversal a outras políticas específicas que busquem o estabelecimento do vínculo e do acolhimento dessas pessoas em sofrimento (BRASIL, 2001).

Dentro dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, em 1995 teve início a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que tem como um dos aspectos norteadores a desinstitucionalização, apontando para uma reestruturação do padrão de atendimento à saúde mental, revogando o modelo manicomial em prol de uma rede integral de assistência aos sujeitos que apresentam sofrimentos mentais (BRASIL, 2011).

O CAPS tem como objetivo principal a reinserção social e suporte à saúde mental na rede básica por meio do atendimento à população e do acompanhamento clínico, com incentivo ao acesso às atividades de lazer, cultura e trabalho, ao esclarecimento do exercício dos direitos civis, e ao

fortalecimento dos laços familiares e sociais (AZEVEDO; MIRANDA, 2011; BRASIL, 2011). Trata-se de um serviço inserido na comunidade, cujas ações devem estar voltadas para as pessoas em sofrimento mental, pressupondo a articulação com diferentes setores e organizações sociais. As ações do CAPS devem, prioritariamente, ter como foco de trabalho, o território e a oferta de atividades terapêuticas interna e externa à instituição.

Um dos seus objetivos é prestar assistência a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas de todas as faixas etárias. Seu atendimento é de livre demanda e tem porta aberta para todos os usuários do SUS. O que difere um do outro é a quantidade de habitantes por município, o horário de atendimento e a modalidade atendida (BRASIL, 2011). As modalidades dos CAPS são:

- a) CAPS I: indicado para pessoas de todas as idades que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes em municípios com população acima de 20 mil habitantes.
- b) CAPS II: pessoas que apresentam intenso sofrimento mental decorrente de transtornos mentais graves e persistentes em Municípios com população acima de 70 mil habitantes
- c) CAPS III: pessoas que apresentam intenso sofrimento mental decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive relacionados ao uso de substâncias psicoativas; com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e abrigo diurno/noturno para evitar internação psiquiátrica nos hospitais. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.
- d) CAPS Álcool e Drogas (AD): indicado para pessoas que apresentam intenso sofrimento mental decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.
- e) CAPS AD III: para pessoas que apresentam intenso sofrimento mental decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, porém, com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, atendimento 24

horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.

- f) CAPS Infanto-juvenil (IJ): para crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Todo o suporte para a efetividade dessa assistência é realizado por uma equipe multiprofissional que possui diversas formações em níveis superior e médio, a saber, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, médicos psiquiatras, farmacêuticos, fonoaudiólogos, pedagogos e educadores físicos. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos; incluindo, ainda, equipes de limpeza e de cozinha (FUKUDA; STEFANELLI; ARANTES, 2017).

Esses profissionais trabalham de maneira interdisciplinar, prestando assistência às pessoas acometidas por transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em sua área territorial nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2011).

Em tempo, o atendimento intensivo é o tratamento oferecido às pessoas que necessitam acompanhamento diário no CAPS; o semi-intensivo, às pessoas que precisam de acompanhamento frequente, mas não necessariamente diário; e o não-intensivo é aquele que pode ter uma frequência menor, por exemplo, uma vez por semana (BRASIL, 2002).

As atividades assistenciais oferecidas às pessoas que frequentam o CAPS envolvem atendimentos individuais e em grupo, ações em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias, atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa na comunidade e sua inserção familiar e social, acolhimento diurno e noturno nos casos de CAPS III (BRASIL, 2017a), e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe.

O PTS é um instrumento de trabalho que possibilita aos profissionais da equipe traçar ações que considerem a dimensão psicossocial, tendo como foco principal o indivíduo e seu contexto social (BRASIL, 2011). Ele deve ser construído pela pessoa em sofrimento em conjunto com a equipe e, se necessário, com sua família, garantindo a cogestão e uma assistência orientada pela universalidade, equidade e integralidade, e promovendo a autonomia das pessoas acometidas por transtornos mentais (BEZERRA, 2007; BRASIL, 2011; FARIAS *et al.*, 2016). Assim, os PTS são elaborados com base nas necessidades de saúde de cada um, levando em consideração seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades (PINTO *et al.*, 2011).

Nesse projeto deve ser incluída uma ou mais atividades terapêuticas com o objetivo de resgatar sua percepção de saúde e estabelecer estratégias que contribuam para a sua autonomia e qualidade de vida, auxiliando no despertar da condição mental do usuário e levando-o a perceber questões que vão além da medicalização (FARIAS *et al.*, 2016).

O PTS, em geral, é construído pelo profissional que acolheu a pessoa no serviço e que passará a ser uma referência para ela, o que chamamos de Técnico de Referência (TR) ou Terapeuta de Referência (TR). Suas responsabilidades serão: construir, junto a pessoa, o seu PTS; definir as atividades e a participação no serviço; criar vínculo com a família; e avaliar periodicamente as metas traçadas (BRASIL, 2004).

Percebo que o PTS ainda constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, manifestado por meio das dificuldades na articulação do planejamento multiprofissional, falha no acompanhamento da evolução do desenvolvimento da pessoa nas ações executadas, falta de articulação com os recursos comunitários, e centralização da assistência na medicalização e no médico.

Na pesquisa de Silva *et al.* (2016), a equipe de saúde revela a falta de recursos estruturais, a alta rotatividade de profissionais, a equipe reduzida, a ausência da participação dos familiares e usuários como obstáculos para a continuidade das ações propostas pelo PTS.

Os CAPS devem ser compreendidos como sistemas subjetivos sociais nos quais várias configurações sociais subjetivas estão entrelaçadas umas às outras por meio das práticas interativas, linguagens, discursos e representações sociais (GOULART, 2019). Torna-se, portanto, um local de acolhimento, o primeiro espaço social e subjetivo em que as pessoas em sofrimento mental podem ser quem são e procurar caminhos para uma vida em comunidade.

Embora os CAPS estejam no centro do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, não são os únicos dispositivos idealizados para o cuidado das pessoas em sofrimento mental, devendo atuar em parcerias com outros recursos da rede. Logo, o cuidado em saúde mental passa a se orientar na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizações de serviços de saúde que visam ofertar cuidado integral, com diferentes graus de complexidade, para diferentes demandas. Podemos citar algumas RAS temáticas: Redes de Saúde Materno-infantil, Doenças Crônicas, Urgência e Emergência, e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que atende pessoas com sofrimento psíquico ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

A RAPS traz a esperança de um modelo de atenção aberto, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos diversos serviços (sociais e de saúde) oferecidos para a comunidade. É constituída por 07 dispositivos que compreendem um conjunto de serviços: Atenção Básica à Saúde (Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centro de Convivência); Atenção Psicossocial Especializada (todos os CAPS já citados) Atenção de Urgência e Emergência (UPA - Unidade de Pronto Atendimento e SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Comunidades Terapêuticas, Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil); Atenção Hospitalar (Leitos e Enfermarias especializadas); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviço de Residência Terapêutica e Programa de Volta para a Casa); e Reabilitação Psicossocial (Cooperativas) (BRASIL, 2011).

Esses locais acompanham uma proposta de tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem, porém ainda há uma lacuna entre

o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental (SANTIN; KLAFKE, 2011). E, ainda, o tratamento dos sintomas, através da medicalização e do diagnóstico médico, implanta uma identidade paralisante nas pessoas com transtornos mentais e retira os recursos subjetivos para se abrir a um novo espaço social (GOULART, 2019).

Para que a proposta da RASP ocorra, é necessário conhecer o território e realizar um planejamento situacional, considerando como a população atendida se relaciona com as pessoas e com os espaços onde vivem, e de que forma realizam suas atividades diárias. E, a partir dessa compreensão, discutir os problemas sociais e de saúde locais e desenvolver ações de promoção de saúde mental em conjunto com a comunidade.

Segundo Silva e Pinho (2015), pensar no território e numa rede para fora dos serviços de saúde mental é criar meios para desinstitucionalizar o cuidado às pessoas, reconhecendo suas singularidades e complexidades. Cada pessoa possui um território carregado de história, afetos e relações sociais; por isso devemos olhar para o local onde as pessoas vivem e compreender o quanto esses lugares mostram suas singularidades, diversidades e realidades.

Podemos dizer, então, que o CAPS é parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial, na qual se articulam diferentes serviços, de diferentes níveis de atenção à saúde, com ampliação do acesso ao território e outros espaços que estejam ligados ao propósito de cuidado integral e reinserção social. Todos esses movimentos e processos surgem a partir da crítica à noção de doença mental, bem como à sua centralidade no campo da saúde mental, questionando, portanto, a própria clínica. Dessa forma, levando a interrogar como devem ser pensadas e construídas as abordagens e estratégias para lidar com a saúde mental das pessoas que sofrem.

Atuando de forma divergente da legislação vigente, o Ministério da Saúde lança uma resolução incluindo na RAPS os hospitais psiquiátricos especializados e reajusta o valor de diárias para internação nesses locais, oferecendo risco de retorno ao cenário de isolamento oferecido pelos antigos manicômios (BRASIL, 2017b). Esse é considerado um marco de retrocesso nas políticas de saúde mental as quais, como dito anteriormente, visavam a extinção

do modelo manicomial de exclusão e violação de direitos (AMARANTE; NUNES, 2018).

Como Dimenstein (2011, p. 285) apontou,

Esse movimento de contrarreforma sempre existiu no país, mas vem ganhando adeptos nos últimos anos pelo seu poder de articular forças alinhadas ao conservadorismo, aos interesses econômicos dos empresários donos de hospitais e interesses corporativos dos profissionais.

Desde então, a Política de Saúde Mental vem sofrendo constantes ataques pelos grupos que defendem o retorno dos hospitais psiquiátricos e a inclusão das comunidades terapêuticas como tratamento para as pessoas que usam álcool e outras drogas. A partir do início de 2019, com a Nota Técnica nº. 11/2019, o Ministério da Saúde não considera mais serviços² como sendo substitutos de outros, não promove mais o fechamento de unidades de qualquer natureza e, ainda, propõe o acréscimo, nas RAPS, dos serviços referentes ao Hospital Psiquiátrico e Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2019).

Para alguns autores, esse movimento consolida uma ação de desmonte dos serviços substitutivos de saúde mental, afirmando que os diferentes modelos não se anulam reciprocamente embora os modelos substitutivos continuem existindo. Retoma a antiga modalidade asilar com o hospital psiquiátrico e se procura implantar uma nova modalidade que são as comunidades terapêuticas para pessoas usuárias de álcool ou outras drogas (MAIA; GRADELLA JUNIOR, 2021).

Isso é comprovado na pesquisa de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) que avaliou documentos normativos de 'reorientação' da Política de Saúde Mental do Brasil no período de 2016 a 2019. Esses documentos permitem afirmar que há tendência de estagnação do ritmo de implantação de serviços comunitários, além de incentivos à internação psiquiátrica e ao financiamento de comunidades terapêuticas para o tratamento de pessoas consideradas “doentes mentais”.

² Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2019).

Vale ressaltar novamente que, nos últimos anos, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem discutido a necessidade de se abolir o hospital psiquiátrico como local de tratamento das pessoas em sofrimento mental, por estar vinculado a um modelo manicomial baseado no isolamento e na violação de direitos, percorrendo caminhos opostos aos serviços substitutivos como os CAPS (SOUSA; JORGE, 2019).

Revisitar o percurso histórico acerca da institucionalização da saúde mental no país nos leva à conclusão de que aceitar o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos convivendo lado a lado com as comunidades terapêuticas, é uma contradição da Reforma, retomando o formato de segregação e encarceramento (SAMPAIO; BISPO, 2021).

Vivemos um momento de alerta, onde se faz necessário refletir permanentemente sobre os avanços e os impasses da proposta de reforma psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, com um modelo pautado na promoção e defesa dos direitos humanos de pessoas em sofrimento e para que não ocorra o retrocesso das ideologias voltadas para a exclusão e intolerância dessas pessoas.

Avanços, fragilidades e desafios da Reforma Psiquiátrica

A reforma psiquiátrica está em constante processo de alinhamento e traz avanços significativos após a implementação dos CAPS e da RASP. Podemos citar como melhorias as mobilizações e audiências públicas sobre a temática; a diminuição das internações em hospitais psiquiátricos; as melhorias na qualidade do atendimento nos serviços de saúde mental; a menor hierarquização entre os profissionais e as pessoas que usam o serviço; a redução do estigma³ em torno do “transtorno mental”; e o crescente protagonismo dessas pessoas e suas famílias com a expansão dos direitos sociais, econômicos e culturais, incluindo os grupos vulneráveis (PANDE; AMARANTE, 2011; PITTA, 2011; DELGADO, 2011; CANDIDO et al, 2020). O CAPS se tornou um local seguro

³ Goffman (1988) define estigma como um conjunto de pessoas com características que os diferenciam da norma, resultando em indivíduos excluídos da participação em diversas áreas da sociedade.

que acolhe e estabelece novas forma de relação de vida cotidiana em sociedade, promove avanços na inclusão social e é o primeiro espaço social e subjetivo onde essas pessoas diagnosticadas com “transtornos mentais” podem ser quem são, sem serem julgadas por isso (SALLES; BARROS, 2013).

A partir desses avanços, as vidas das pessoas em sofrimento mental se transformaram, e agora elas começam a ser percebidas pela sua condição de cidadã, detentora de direitos e respeito pela forma de ser, engrenando outras possibilidades de viver a vida, como iniciar atividades voltadas ao trabalho e ao lazer e cultivar novas amizades. Entretanto ainda persistem acentuados preconceitos, rejeição, culpabilização e infantilização para com essas pessoas, o que reforça a necessidade de se continuar buscando e garantindo a elas uma assistência digna e de qualidade.

Apesar desses vários avanços evidenciados tanto em nível nacional quanto local, a reforma psiquiátrica brasileira ainda apresenta alguns desafios e impasses, não somente no que diz respeito ao ritmo de implantação, mas também no caminho que está sendo traçado. Podemos destacar aumento da demanda de pessoas nos atendimentos dos serviços de saúde mental, principalmente na atenção à saúde das mulheres, crianças e adolescentes ou das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas; fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das propostas de ações; e precariedade na qualificação de profissionais para atender essas pessoas (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Outro desafio é a dificuldade de incluir a categoria médica nas participações das atividades de intervenção ocorridas no CAPS, como a construção do PTS, oficina ou grupos terapêuticos, visitas domiciliares e outros (MOREIRA; VIEIRA, 2018).

Torna-se indispensável aprimorar a qualidade da abordagem na atenção básica, visando a promoção da saúde, e não da doença; melhorar os determinantes sociais da saúde mental para que as pessoas possam ter oportunidades e mais alta qualidade de vida; reforçar as parcerias no cuidado com os familiares, amigos e a própria pessoa em sofrimento; qualificar a equipe profissional de saúde e incentivar abordagens inovadoras que mirem o desenvolvimento humano e social.

Muitas dessas fragilidades da equipe de saúde estão relacionadas com o déficit de recursos humanos, a dificuldade de comunicação, a apropriação limitada sobre suas diretrizes, e o distanciamento de atividades inclusivas para as pessoas em sofrimento (NÓBREGA *et al.*, 2017) e falha na proposta de integração disciplinar no serviço (JAFELICE; MARCOLAN, 2018). Essas falhas relacionais e de comunicação podem ser consequência do próprio desgaste da equipe uma vez que as demandas de cuidados no CAPS consomem tempo e energia desses profissionais (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

A insatisfação também é trazida em um estudo sobre a experiência de uma ouvidoria em um CAPS AD, que observou a precariedade da estrutura física, principalmente a respeito da refrigeração das salas e espaços de atendimentos individuais e grupais; o descontentamento das pessoas em relação ao não-cumprimento dos horários das atividades por parte dos profissionais; a ausência de empatia e de vínculo no processo de acolhimento da equipe multidisciplinar; a escassez de grupos e oficinas terapêuticas oferecidos; o desrespeito à autonomia das pessoas em sofrimento e a ausência da participação delas na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BITTENCOURT *et al.*, 2018).

Martinhago e Oliveira (2012) acrescentam, ainda, que as fragilidades estão associadas à falta de apoio, de investimento e de entendimento referente à atenção psicossocial por parte da gestão, não havendo dispositivos para a reinserção social das pessoas em sofrimento que frequentam o CAPS. A ausência dessas ações intersetoriais dificulta os esforços da equipe em promover melhoria da qualidade de vida das pessoas que frequentam o CAPS.

Outras deficiências encontradas dizem respeito à falha na articulação entre os CAPS e os demais serviços de saúde da RASP, como o fluxo de informações de referência e contrarreferência, que precisa ser melhorado; o acolhimento da pessoa em sofrimento, que deve ocorrer em qualquer serviço de saúde e não apenas em Unidades Especializadas; os serviços de Urgência e Emergência, que devem ser capacitados e ter competências para o manejo da pessoa em surto, dentre outros. Há falhas também nas articulações desses serviços de saúde com as outras políticas, por exemplo, políticas de assistência social, educativas e esportivas. (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012; LEAL;

ANTONI, 2013; ANJOS *et al.*, 2015). Ressalta-se ainda que, embora essa “nova institucionalização” seja parte de um plano de desospitalização, acaba mantendo o CAPS como único espaço de socialização, de modo que não se consegue construir redes territoriais alternativas às atividades oferecidas pelo serviço (GOULART, 2017).

Diante do exposto, essa “nova institucionalização” traz a subjetividade social manicomial dominante que representa a expressão do manicômio nos atuais serviços substitutivos de saúde mental, tratando-se de uma configuração institucional centrada no controle dos sintomas da “doença mental” e na dependência da pessoa em sofrimento a esse dispositivo. Isso impossibilita a participação nas definições da sua trajetória no CAPS; conseqüentemente nega a condição de sujeito da sua própria vida e impede o desenvolvimento da sua cidadania.

Outro aspecto a ser considerado é a prática do cuidado associada ao uso indiscriminado de medicamentos, tendo o uso da medicação como recurso central de escolha em detrimento do acolhimento e de outros dispositivos de suporte psicossocial (LIMA; GUIMARÃES, 2019). Nessa perspectiva, o uso de medicamento se revela como base terapêutica e também como princípio de conduta médica, considerando que todo o cuidado realizado à pessoa em sofrimento é pautado na prescrição de remédios, e que consultas com profissionais não médicos, grupos e oficinas terapêuticas apresentam-se como meros coadjuvantes no tratamento (BEZERRA *et al.*, 2016). Essa tendência também é encontrada na pesquisa de Almeida, Fernandes e Ferreira (2021, p.110), concluindo que “todo medicamento além da sua função quimioterápica também exerce papéis simbólicos e sociais, podendo o seu consumo ser motivado por fatores externos à busca da cura e/ou do alívio do sofrimento”.

Vale ressaltar que a sociedade vem consumindo um número alto de medicamentos psicotrópicos para controlar as etapas normais da vida, ou seja, as condições próprias à natureza humana. As pessoas estão sendo convencidas de que qualquer problema é insuportável, o que transformou o sofrimento psíquico em uma “doença mental”, para a qual existe um medicamento apropriado para cada sentimento e emoção que a pessoa deveria evitar (CECCARELLI, 2010). É preciso romper dicotomias, confrontar o tratamento que

é oferecido e criar estratégias alternativas para o desenvolvimento subjetivo dessas pessoas em sofrimento (GOULART, 2017).

Algumas dessas estratégias alternativas podem ser ancoradas no referencial da Reabilitação Psicossocial de Saraceno (1999, p. 16), na qual:

O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social.

Portanto “a experiência do sofrimento da pessoa não determina sua invalidação, mas permite a recuperação de sua capacidade em gerar sentido e valor social” (SARACENO, 1999). Essas estratégias ocorrem por meio de atividades culturais e sociais; oferta de trabalhos, utilizando o programa de Economia Solidária; oferta de moradia, por meio dos Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros. A operacionalização dessas estratégias colabora para a construção da subjetividade e abre caminhos para a retomada da cidadania (NÓBREGA; SILVA; SENA, 2018).

Apesar de todas as fragilidades da RAPS, é preciso reconhecer que ela é uma “rede viva”, formada por serviços e pessoas que se articulam em um processo individual e coletivo, com relações dinâmicas e dialógicas, que proporcionam um espaço de socialização, promoção da autonomia e de melhora da saúde mental (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Isso posto, para que a Reforma Psiquiátrica consiga alcançar os objetivos propostos, ela depende de uma rede de apoio fortalecida e bem articulada entre os setores, que garanta os princípios e as diretrizes do SUS na assistência dessas pessoas. Embora os CAPS representem a principal referência das práticas inovadoras de transformação de vida, usando a reabilitação social e psicossocial como estratégia para tanto, é necessário o aprofundamento teórico e prático dessas atividades exercidas nesses serviços a fim de compreender como ocorre o processo de desenvolvimento.

1.2 Estratégias de cuidados que promovam a (re)habilitação social e psicossocial a pessoas em sofrimento mental

Para iniciarmos, trazemos os conceitos relacionados com os termos reabilitação social e psicossocial. Pode se dizer que reabilitação social é um processo de recuperação do exercício de cidadania e da capacidade de participar de trocas sociais em vários cenários da vida cotidiana (LANCETTI, 2014), levando em consideração as dimensões políticas e sociais desse processo reabilitador, concebido a partir da capacidade contratual das pessoas em sofrimento (GUERRA, 2004). E a reabilitação psicossocial está direcionada por práticas de serviços com base territorial e comunitária, almejando o rompimento da lógica manicomial na atenção à saúde mental.

De acordo com Saraceno (1999, p.111), a reabilitação psicossocial é

um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos, a partir dos quais se poderá criar uma rede de negociações onde a ênfase é dada não só à autonomia e adaptação do paciente, mas sim à sua participação como agente de transformação de seu ambiente, em busca de qualidade de vida e construção de cidadania, mesmo diante da diversidade.

O mesmo autor descreve três eixos para a reabilitação: o habitar, que é a apropriação sobre o espaço no qual se vive; a rede social, que corresponde à participação nas trocas de identidades sociais; e o trabalho, atividade vista como fundamental para a promoção dos campos de interesses, necessidades e desejos (SARACENO, 1999).

Pitta (2016) considera a reabilitação psicossocial como um processo que possibilita às pessoas com limitações uma melhor reestruturação de autonomia de suas funções na comunidade. Portanto, através da reabilitação, a própria pessoa poderá desenvolver novas formas de autonomia, promovendo seu desenvolvimento e relativa independência dos cuidados realizados pelos serviços de saúde (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006).

As estratégias de reabilitação psicossocial, apresentadas pela Portaria de Consolidação de 28 de setembro de 2017, das normas sobre as Redes do SUS, estão voltadas ao resgate e construção da autonomia; à alfabetização ou retorno à escola; ao autocuidado e uso correto das medicações; à ampliação da rede social e cultural; às iniciativas de trabalho e geração de renda, assim como empreendimentos solidários e cooperativas sociais. O objetivo engloba inclusão,

formação e qualificação para o trabalho de pessoas com “transtorno mental”, devendo articular, junto às Redes de Saúde (RAS), para garantir a melhoria das condições de vida das pessoas em sofrimento e seus familiares (BRASIL, 2017a).

As ações voltadas para a reabilitação devem ofertar ambiente saudável, oportunidade de educação e atividade laboral, além de serem capazes de articular a participação das pessoas e familiares na escolha das medidas que serão adotadas no processo terapêutico (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015).

Esses conceitos são utilizados como sinônimos no cuidado de pessoas em sofrimento, porém não ficam claras as fronteiras conceituais entre os termos ou a direção dada às atividades práticas dos profissionais. Por exemplo, Barreto, Lopes e Paula (2013) citam a reinserção social como sinônimo de inclusão social; Siqueira *et al.* (2015), em um dado momento, usam a reabilitação como sinônimo de reinserção social, em outro a utilizam como algo distinto sem conceituar o significado; Souza *et al.* (2016) empregam o termo reintegração social como sinônimo de reinserção social, mas os distinguem de reabilitação psicossocial. A expressão escolhida para esta tese é reabilitação psicossocial.

Devemos ter cuidado com esses termos, pois observamos que nos conceitos (re)abilitação, (re)inserção, (re)integração e (re)socialização é usado o prefixo “re”, que significa corrigir, e pretende o retorno à condição inicial de saúde, fazendo supor que houve uma inserção anterior que foi perdida e que precisa ser encontrada. Esses conceitos precisam ser empregados com cautela na promoção de saúde mental para não se correr o risco de usá-los de forma equivocada. Não se deve supor que a pessoa retorne a um estado anterior, e nem que ela deva ser “reinserida”, pois não se sabe se alguma vez ela já se encontrava “inserida” ou se, ao contrário, esteve sob a condição de exclusão e privação (FRAZATTO; SAWAIA, 2016).

Movidas pela tensão que a perspectiva de reabilitação psicossocial reverbera nas ações dos serviços ofertados pelos CAPS, somos orientadas pelas ideias de Goulart (2013) que asseveram que, mesmo diante de dificuldade e sofrimento, ao ser humano deverão ser ofertadas as condições necessárias

para que ele possa emergir na potencialização do seu próprio recurso, podendo criar possibilidades para continuar vivendo, ou seja, a pessoa torna-se

[...] sujeito de seu próprio tratamento nos momentos em que ela se coloca de forma ativa, não se submetendo ao rótulo de seu diagnóstico, nem assumindo uma posição passiva com relação aos preceitos técnicos a serem cumpridos neste processo. Assim, ela se torna mais potente na criação de alternativas para seu desenvolvimento, produzindo novas possibilidades que não engessam o seu campo de ação no mundo. Desse modo, esse processo passa a ser o palco de exercícios que favoreçam a promoção de sua saúde, cenário de seu engajamento na vida – o que vai muito além de uma luta travada contra o transtorno mental (GOULART, 2013, p. 46).

O sucesso de uma abordagem terapêutica deve promover condições para que o ser humano se habilite a produzir novos sentidos subjetivos, permitindo-lhe posicionar-se de outra forma diante das relações e das atividades de seu cotidiano (GONZÁLEZ REY, 2007). Em tempo, corresponde a uma unidade básica da subjetividade que emerge inserido em um contexto completo dentro do qual tem lugar a experiência real da pessoa (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, pp. 13-14). O termo experiência, enfatizado nessa teoria, representa a “organização de qualquer expressão humana na pluralidade de processos simultâneos que a caracterizam, implicando sempre a configuração subjetiva desse processo” (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 61). Esses temas serão aprofundados nos capítulos seguintes.

Assim, aproximamo-nos do conceito de habilitação psicossocial de Venturini *et al.* (2003) sugerida por Bittencourt e Francisco (2017), quando afirmam que habitar-se quer dizer “tornar-se capaz de ser cidadão, reconhecer-se como parte de um processo social, poder desempenhar um papel de protagonista”. Sob esse ângulo, é mais eficaz trabalhar com uma reabilitação que emancipa a pessoa, cuja experiência da doença precisa ser valorizada, do que com uma que a deixe estagnada. Essa forma de colocar o sujeito como centralidade da ação vai ao encontro da Teoria da Subjetividade de González Rey na qual

a emergência do sujeito e sua legitimidade como categoria das ciências sociais, nas quais foi adotado de uma forma completamente diferente daquela como era usado na modernidade, nos permite resgatar o valor do indivíduo e dos

grupos na qualidade de protagonistas de momentos inseparáveis dos processos sociais em que estão envolvidos (GONZÁLEZ REY, 2012, p. 156)

Para que ocorra a expansão do modelo de Atenção Psicossocial, principalmente em relação ao aporte social e à garantia dos direitos das pessoas em sofrimento, é preciso propor um conjunto de ações e estratégias que visem à atenção integral e que proporcionem a essas pessoas condições para que possam tomar posse da sua vida, na medida em que reconhecem os danos gerados no curso das suas experiências vividas.

Isso exige dos trabalhadores de saúde mental uma nova postura, com ações orientadas à mudança e ao desenvolvimento de pessoas, integrando os níveis da subjetividade e atribuindo importância à capacidade delas de se posicionarem de forma ativa em seus diversos caminhos de vida, emergindo como sujeitos de suas próprias práticas (GONZÁLEZ REY; GOULART; BEZERRA, 2016).

Um dos principais dispositivos utilizados por esses profissionais nos CAPS são as oficinas terapêuticas. Em 2004 o Ministério da Saúde definiu as oficinas terapêuticas como atividades a serem realizadas em grupo com a orientação de profissionais de saúde, visando a promoção da habilitação psicossocial. Por essa lógica, as oficinas foram divididas em três modalidades: expressivas, geradoras de renda e de alfabetização. Na modalidade expressiva, adotam-se instrumentos artísticos (a pintura, o desenho, a dança, o teatro, a música etc.) como indutores das expressões; a modalidade geradora de renda trabalha com a criação de produtos para comercialização e retorno financeiro, envolvendo, por exemplo, a culinária, a marcenaria e a cerâmica; e a alfabetização é voltada às pessoas que desejam aprender a ler e a escrever. Os CAPS devem ofertar mais de uma dessas modalidades para que a pessoa e a equipe tenham liberdade de escolha (BRASIL, 2004).

Elas devem estar inseridas em um processo para evitar a inércia institucional e a adoção de posturas rígidas, pois são ferramentas para a produção de vida e precisam ser problematizadas junto às pessoas em

sofrimento (PINHO *et al.*, 2013), estabelecendo conexões “extramuros” com o território (KINKER; IMBRIZI, 2015).

As oficinas terapêuticas são mecanismos que incentivam o trabalho, o agir e o pensar coletivos por meio da valorização e respeito à diversidade, capacidade e subjetividade do ser integral, que promovem a subjetividade, estimulam o afeto, além de incentivar novos sentimentos e percepções (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Elas propiciam a construção de vínculos, acolhimento, valorização do sofrimento e construção de saberes através da educação em saúde (SOUSA; MEDEIROS, 2017). São espaços de produção de subjetividade onde há reciprocidade, permeados pelo respeito às escolhas e pela interação e socialização entre os participantes e os profissionais de saúde. É esse movimento em direção à autonomia que nos permite considerar o CAPS como um espaço propício para que o direito de ir e vir seja incentivado (PINHO *et al.*, 2013).

De acordo com a teoria histórico-cultural de Vygotsky, é no espaço relacional da oficina que o indivíduo constrói suas significações por meio das mediações que podem favorecer a produção de novos sentidos para as suas experiências (REGO, 2009). Esse espaço terapêutico não se restringe ao consultório, podendo ocorrer em qualquer lugar como hospitais, tribunais, escolas, CAPS, entre outros, pois o foco está na qualidade do vínculo, do diálogo e da construção de sentidos (NEUBERN, 2009) os quais facilitam a expressão das pessoas participantes das oficinas.

Em tempo, podemos dizer que o vínculo é construído em um espaço relacional que passa a ter uma presença na produção subjetiva do outro. Ele é formado quando o outro - que está se relacionando comigo - se torna importante para mim em outros espaços da minha vida, fazendo com que eu comece a ter essa referência desse outro nas minhas escolhas e posicionamentos, considerando essa relação como parte importante do meu mundo. E a melhor maneira de criar vínculo é através do diálogo (GOULART, 2019).

O diálogo não é apenas um fenômeno linguístico, não é simplesmente sentar, falar ou trocar ideias. Ele é um processo subjetivo diferenciado que implica a construção de um vínculo, expressando uma qualidade de

comunicação que mobiliza e que nos transforma (GOULART, 2019). A compreensão de diálogo destacada pela epistemologia está ligada a

um ato de expressão, seja gestual, postural, emocional ou inclusive contraditório com a expressão do outro, é sucedido como ato dialógico quando gera um compromisso no outro que permite um novo momento qualitativo nessa comunicação, avançando na configuração subjetiva do espaço dialógico (GONZÁLEZ REY, 2019b, p. 27).

Assim, podemos dizer que, por meio do vínculo e do diálogo, as atividades realizadas nas oficinas terapêuticas constituem um espaço de produção de subjetividade (PINHO *et al.*, 2013), proporcionam a aprendizagem compartilhada, troca de experiências, socialização, interação, companheirismo, satisfação e o fortalecimento dos laços entre os participantes. São desenvolvidas novas maneiras de expressão, de relação com elas mesmas, com os integrantes da oficina e com a sua própria família (BITTENCOURT; FRANCISCO, 2017).

A oficina terapêutica é certamente um importante dispositivo para o cuidado da saúde de pessoas em sofrimento mental e promove o desenvolvimento, a valorização do potencial criativo, a troca de saberes e afetos. Estudos trazem resultados do uso de oficinas terapêuticas com mulheres adultas como instrumentos mediadores com fins educativos, os quais destacamos a seguir.

Podemos citar a pesquisa de Menezes e Souza (2012), que consistiu de encontros mensais com um grupo com 12 mulheres com idades entre 35 e 73 anos, com diagnóstico médico de Transtorno Afetivo Bipolar. Para cada encontro, havia uma ação educativa de uma hora realizada por profissionais da saúde (enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo, outros) de acordo com o tema sugerido pelas próprias participantes. Elas conceituaram a oficina como um local seguro e confiável para obter informações e esclarecimentos. Mesmo tendo acesso a informações pela internet e outros meios de comunicação, argumentaram que tais fontes nem sempre são confiáveis, ou seja, podem trazer assuntos distorcidos, o que dificulta a função educativa. Acrescentaram que a participação na oficina, o convívio com outras pessoas e a aquisição de conhecimentos favoreceram a conscientização e a adesão ao tratamento, a

realização de mudança nos hábitos e as levaram a aprender novos mecanismos de superação.

Oñate, Gamero e Vucínovich (2010) relatam a experiência de uma oficina realizada em um Centro de Saúde Mental na Espanha com um grupo de 13 mulheres com média de idade de 34 anos com ansiedade. Para a fase educativa da oficina, utilizaram um material didático impresso que permitiu às participantes conhecer os sinais e sintomas associados à ansiedade e seus aspectos fisiológicos, emocionais, cognitivos e motores, e aprender técnicas de respiração e relaxamento.

Na pesquisa de Souza e Araújo (2010) foi avaliada a eficácia de um programa de intervenção para promover estratégias de enfrentamento adaptativas de mulheres em início de quimioterapia. Participaram quatro mulheres entre 51 e 60 anos. A oficina foi composta por seis encontros semanais de duas horas, utilizando métodos como dinâmicas, palestras e discussão em pares para a promoção da aprendizagem. As ações promoveram estratégias de enfrentamento adaptativas com o foco no problema, buscando suporte social, redução do estresse e melhora da qualidade de vida das participantes.

No estudo de Arcanjo, Valdés e Silva (2008) foram realizadas oito oficinas sobre o autocuidado de dores articulares, para nove mulheres com idades entre 45 e 58 anos apresentando dores na coluna. As mulheres recebiam orientações teóricas e práticas, visando ampliar a aprendizagem para o desenvolvimento da saúde física e mental. Essas ações proporcionam a melhora da qualidade de vida, da capacidade do autocuidado, do aumento na autoestima e da mobilidade para o retorno das atividades funcionais de vida diária. Conforme as dores diminuíram, as mulheres reduziram o uso de medicação e conseguiram retornar às atividades cotidianas.

E, por último, relatamos o estudo de Fin, Portella e Alba (2017), no qual 10 mulheres entre 60 e 69 anos, casadas e com diferentes níveis socioeconômicos e de escolaridade, participaram de uma oficina com três encontros. Discutiu-se sobre beleza, corpo e velhice. Os resultados indicaram que, mesmo vivendo em diferentes realidades socioculturais, as mulheres

reconhecem a beleza pautada nos padrões sociais, porém acrescentam que a beleza na velhice significa saúde e cuidado de si e de suas relações.

As ações educativas utilizadas como estratégia dentro das oficinas terapêuticas significaram mudança de atitude das mulheres em relação à sua condição e percepção de suas próprias dificuldades, adquiriram capacidade de aprender e aplicar os conhecimentos, beneficiando a sua saúde e qualidade de vida. Portanto podemos afirmar que a oficina terapêutica é um potente dispositivo de cuidado em saúde mental na perspectiva da habilitação psicossocial.

Esses estudos levaram a refletir sobre como os profissionais de saúde estão conduzindo essas oficinas terapêuticas com mulheres e como poderíamos organizar e utilizar o espaço de uma similar como indutora do diálogo que mobilizasse novos sentidos subjetivos para o enfrentamento dos agravos gerados pelo adoecimento mental de mulheres, utilizando o CAPS como espaço de educação social.

Segundo Paiva (2015), a educação social refere-se a uma atuação educativa em espaços considerados não-escolares, cujo objetivo é proporcionar uma intervenção de cunho socioeducativo, voltada para pessoas ou grupos sociais que se encontram em situações de vulnerabilidade. Não se limita a pessoas com baixa situação financeira, e sua meta é emancipar o ser humano frente aos seus direitos e deveres, independentemente de sua classe social.

As políticas públicas de saúde integram os saberes dos campos da educação e da assistência social, trazendo a compreensão de que os processos educativos são fundamentais para a promoção de saúde em diferentes espaços de sociabilidade humana (SANTOS; ZUCCHETTI, 2019).

Dessa forma, o desenvolvimento de oficinas terapêuticas como estratégia educativa nos serviços de atenção à saúde mental, principalmente nos CAPS, torna-se uma possibilidade para as pessoas que o frequentam produzirem recursos subjetivos para enfrentar as condições adversas que a vivência com os danos gerados no processo de adoecimento lhes proporcionou.

Com a consolidação do modelo de atenção psicossocial, as oficinas terapêuticas passam a ser recursos utilizados pelos enfermeiros no processo do

cuidado à pessoa e respectivas famílias na promoção de saúde, pois representa um importante dispositivo para a construção de saberes por meio da educação em saúde e a habilitação social dessas pessoas.

Em tempo, na visão de González Rey (2011), promovemos saúde quando melhoramos as condições sociais da população afetada, e quando ela faz parte do seu processo de mudanças e define o que é melhor para ela. Essa transformação deve ser acompanhada da educação do indivíduo, que, para o autor, constitui a única forma das pessoas “se tornarem sujeitos dessas novas condições de vida”.

Tanto os processos de prevenção quanto de promoção de saúde precisam atuar sobre as configurações subjetivas dos comportamentos atuais dominantes nas pessoas e na população. Muitas das rotinas cotidianas das pessoas são produções subjetivas que foram naturalizadas pelas pessoas e sociedade e, como resultado desse processo, são resistentes à mudança (GONZÁLEZ REY, 2011, p.45).

1.3 A Enfermagem como uma ciência humana centrada no cuidado

Cuidar significa assegurar a manutenção existencial dos seres humanos, garantindo o seu bem-estar em relação à sua saúde, considerando os costumes, valores e crenças, a cultura e as experiências vividas das pessoas (DANDICOURT THOMAS, 2021). Por essa perspectiva, cuidar é uma atividade essencial para a humanidade, pois não se trata apenas de sobreviver, mas de desenvolver todas as atividades que garantam o bem comum das pessoas e dos grupos (YANEZ FLORES; RIVAS RIVEROS; CAMPILLAY, 2021).

Ademais, “a ética do cuidado tem a ver com a preocupação e a responsabilidade com o outro”, dedicando-se a ele, saindo de si e centrando-se no outro com desvelo e solicitude. É um elemento do ser humano nas relações que estabelece consigo, com o outro e com o meio em que vive (BOFF, 2017).

A Enfermagem, como profissão da área da saúde, tem seu conhecimento centrado no cuidado aos seres humanos. No início da profissão, essas ações eram semelhantes ao cuidado familiar, na qual cada profissional desenvolve sua maneira de cuidar, distanciada da técnica e da fundamentação teórica. Porém, em tempos mais recentes, a enfermagem buscou aprimorar-se e encontrou

definições que tornaram sua prática singular, caracterizando-a como profissão e ciência, focando a atenção para as necessidades humanas básicas das pessoas, para a prevenção do adoecimento e para a promoção e recuperação da saúde.

O cuidado de enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar (COFEN, 2017). Ele ocorre no encontro de seres humanos que interagem por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um “saber-fazer” embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, desde o nascimento até a velhice (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Segundo Souza *et al.* (2005, p. 269), o cuidado de enfermagem

consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o ‘fazer com’, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.

Essas características exigem que o enfermeiro desenvolva, para o processo de cuidar, habilidades de percepção, compreensão, esperteza, e criatividade no atendimento e no cuidado das pessoas; e aceite o outro na sua maneira de ser, sem julgamentos ou preconceitos.

Em tempo, a enfermagem é definida como a ciência e a arte considerando o ser cuidado em suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais do ser humano (MONTEIRO *et al.*, 2016). A primeira enfermeira do Brasil a introduzir um conceito de Processos de Cuidados de Enfermagem e criar

uma Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi Wanda de Aguiar Horta. Ela definiu Enfermagem como

A ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais (HORTA, 1968, p. 3).

De acordo com a Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), no Brasil existem três categorias profissionais de enfermagem com atribuições distintas: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O enfermeiro realiza todas as atividades de enfermagem, porém existem algumas atribuições que lhes são exclusivas, por exemplo, direção, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consultoria; auditoria; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos a pacientes graves; e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica. Já as atividades dos técnicos são voltadas para as orientações educativas, acompanhamento e participação no planejamento da assistência de enfermagem; e cabe aos auxiliares de enfermagem observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, executar ações de tratamento simples, e realizar cuidados de conforto ao paciente. Os dois últimos somente desempenham atividades sobre orientação e supervisão do enfermeiro.

O enfermeiro possui várias áreas de atuação e conta com mais de 60 especialidades registradas no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme resolução 625/2020, que estão distribuídas em três grandes áreas: 1. Saúde Coletiva, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto (homem e mulher), Saúde do Idoso, e Urgência e Emergência; 2. Gestão e 3. Ensino e pesquisa (BRASIL 2020).

Abaixo, podemos citar espaços de trabalho do enfermeiro:

- Estratégia de Saúde da Família: como integrante da equipe na assistência à comunidade;
- Rede de atenção básica de saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de

Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Vigilância de Saúde etc.;

- Ensino e pesquisa: docente em escolas técnicas ou universidades, orientação de projetos de pesquisa);
- Enfermagem do trabalho: responsável pelo atendimento nos ambulatórios das empresas e indústrias;
- Auditoria e gestão: Hospitais, Clínicas, Secretarias de Saúde etc.);
- Cuidados domiciliares: *Home care*;
- Hospitalar: atuante em vários setores, tanto na assistência aos enfermos como na gestão; e integrante de uma equipe multiprofissional de saúde (HAUBERT; PAVANI, 2017).

Na qualidade de integrante da equipe de saúde, o enfermeiro participa do planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, e da prevenção e controle de danos; realiza educação em saúde visando à melhoria da população, dentre outros itens (BRASIL, 1986). A educação é exercida pelo enfermeiro em diferentes atividades como na formação de profissionais de enfermagem e de saúde, na educação permanente dentro de instituições públicas e privadas, e principalmente em ações educativas de saúde para a comunidade, em locais como escolas, unidades básicas de saúde, hospitais, centro comunitários, igrejas, CAPS e muitos outros espaços.

Como podemos observar no conceito de Wanda Horta, desde o início do processo de enfermagem, a educação é citada como uma das competências do enfermeiro. Ele deve aprender as teorias do campo da educação, saúde e política e, também, na esfera social, para guiar sua prática e, notadamente, a ação terapêutica do cuidado, que se baseia na atividade humanizada desse profissional em proporcionar às pessoas melhor qualidade de vida por meio de seus cuidados (BRASIL, 2018a).

Em janeiro de 2018, foi publicada a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 573, que aprovou o Parecer Técnico nº 28/2018, contendo recomendações acerca da proposta das novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCN/ENF). O documento considera que a formação do enfermeiro deve ser pautada nas necessidades individuais e coletivas da população, e observa as diversidades/pluralidades de cada pessoa, grupo e

coletividade dentro das ações assistenciais (cuidado e atenção), ensino (educação), pesquisa e gestão (gerência dos serviços) (BRASIL, 2018a). Essa realidade impõe ao enfermeiro o desafio da educação, tanto no tripé ensino-pesquisa-extensão quanto na integração ensino e serviço com participação social.

O papel do enfermeiro na educação em saúde e o processo de aprendizagem da pessoa

A educação em saúde mostra-se como uma ferramenta fundamental no processo de promoção de saúde que conduz a pessoa a conhecer e valorizar a adoção de comportamentos saudáveis e que incentiva mudanças de atitudes em prol da melhoria da sua qualidade de vida por meio do conhecimento prévio da população, dos saberes populares e do conhecimento científico.

A relação entre educação e saúde é essencial para o desenvolvimento de uma nova visão que articula as questões sociais e culturais, e tem como alvo as produções subjetivas que, como elas, podem ser geradoras de desenvolvimento para a pessoa. Isso nos leva a novas maneiras de conceber o processo de ensino-aprendizagem como um processo dialógico entre educador e educando, exigindo olhares alternativos sobre o objeto do conhecimento, assim como sua contextualização e problematização na busca de novas abordagens. Portanto não cabem mais as relações verticais entre educador e educando, ou a transferência de conhecimentos que marcaram a educação sanitária no século passado e que estão presentes, ainda hoje, nas práticas educativas em saúde (SAMUELLS, 2018).

O processo educativo não deve ser concebido como algo unilateralmente ativo, nem devemos atribuir tudo à atividade do ambiente, anulando a do próprio aluno, a do professor e tudo que entra em contato com a educação. Pelo contrário, na educação não há nada passivo ou inativo. Até as coisas inanimadas, quando incorporadas ao âmbito da educação, quando adquirem um papel educativo, se tornam dinâmicas e se transformam em participantes eficazes desse processo (VIGOTSKI, 2003, p. 78).

Dessa maneira, o indivíduo que aprende é considerado um ser histórico cultural, que se constitui por meio das suas relações com o outro, com a cultura e com o contexto social em que vive. Por conseguinte, é necessário reforçar as interações sociais nos Serviços de Saúde e, no caso deste estudo, nos Serviços de Saúde Mental (CAPS) para que o processo educativo ocorra de maneira singular nesses espaços, e que a comunicação e a liberdade sejam aspectos essenciais, capazes de favorecer o desenvolvimento integral da pessoa.

González Rey (2006) traz a compreensão da aprendizagem como processo de desenvolvimento humano a partir do momento em que permite ao educando uma relação com o aprender para além de uma dimensão cognitiva reprodutivista, mas que o envolve na sua complexidade.

Isso reforça que as ações de educação em saúde realizadas pelos enfermeiros não podem ser somente embasadas nas atividades técnicas ou lúdicas, e sim em processos dialógicos e problematizadores que valorizem a história e a cultura das pessoas, possibilitando condições favoráveis de aprendizagem, atuando como sujeito de transformação social, respeitando o processo histórico e social e levando as pessoas a ser capazes de opinar nas decisões sobre sua saúde.

Na prática docente, observamos que as ações de educação em saúde nos diferentes ambientes de cuidado valorizam muito mais a estética do espaço do que as necessidades de interação das pessoas. Entendo que atrativos e ambiência nas ações educativas nos serviços de saúde são uma maneira que a equipe encontrou de demonstrar afeto, e que o afeto contribui para o enriquecimento da compreensão daquilo que está sendo aprendido. Entretanto a afetividade e a interação entre o profissional e a pessoa precisam estar vinculadas a ações que contribuam para o processo de aprender e desenvolver. Ações nas quais “é a pessoa que, ao vivenciar os singulares processos de aprender, produz recursos subjetivos próprios que vão permitir o enfrentamento dos desafios que, muitas vezes, se interpõem” (COELHO *et al.*, 2019).

Em concordância, González Rey (2011) afirma que

Não se pode definir aquilo que é melhor para uma população a partir de medidas e decisões centralizadas que não implicam formas sociais participativas; as ações adquirem sentido

subjetivo quando a pessoa ou população às quais uma ação é orientada fazem parte do processo [...] (GONZÁLEZ REY, 2011, p.45).

Segundo essa lógica, esta pesquisa se desenvolve com um olhar focado nas ações educativas em saúde com o intuito de considerar a temática da subjetividade e os processos de desenvolvimento da saúde humana como dimensões importantes das políticas públicas, avançando sobre as dificuldades e contradições, e a maneira como essas ações educativas afetam e são afetadas pelos processos dominantes das subjetividades sociais e individuais das mulheres em sofrimento mental. Esses processos serão apresentados no próximo capítulo.

O Enfermeiro no contexto da Saúde Mental no Brasil

A atuação do enfermeiro na Saúde Mental está respaldada pela legislação profissional, cuja Norma Técnica (anexo da resolução COFEN Nº 0599/2018) apresenta as competências da equipe de enfermagem, destacando as atribuições gerenciais e assistenciais, e ponderando a prática da atenção psicossocial como integrante da equipe multiprofissional. Dentre as atividades constantes do Processo da Enfermagem, podemos listar: prescrever cuidados de enfermagem voltados à saúde da pessoa em sofrimento mental; realizar práticas integrativas e complementares; realizar atendimento individual e/ou em grupo; conduzir e coordenar grupos terapêuticos; participar das ações de psicoeducação; estabelecer relacionamento terapêutico e ações para o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial; utilizar modelos teóricos para fundamentar e sistematizar as ações de cuidado de enfermagem em saúde mental; entre outros (BRASIL, 2018b).

Para tanto, os enfermeiros precisam expandir seu autoconhecimento, ser sensíveis, intuitivos e possuir competência humana e artística que permita estar à disposição do outro de forma que os afete e afete a si próprios (ELIAS; TAVARES; MUNIZ, 2020). Para que possam exercer essas competências, os enfermeiros atuantes na saúde mental fundamentam sua prática nas Teorias de Enfermagem de Hildegard Peplau (1990) e de Joyce Travelbee (1971), respaldadas na ferramenta do relacionamento terapêutico. Essas teorias estão

presentes na minha história e em como me relaciono com as pessoas que cuido, pois permite-me reconhecer a pessoa que sofre como coparticipante da tomada de decisões no seu processo de cuidar e do enfrentamento do seu sofrimento.

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1990) está constituída em quatro fases:

- **Orientação:** tanto o enfermeiro como a pessoa atendida trazem valores, culturas, vivências etc. que devem ser levadas em consideração na fase de orientação. O enfermeiro orienta a pessoa/família sobre o que está acontecendo e, conforme as preocupações vão sendo indicadas, decidem juntos qual assistência de cuidado será adequada para a situação.
- **Identificação:** o enfermeiro explora os sentimentos, auxiliando a pessoa no enfrentamento do problema e fortalecendo traços positivos da sua personalidade. É nessa fase que as metas do processo de cuidar são estabelecidas em conjunto com a pessoa.
- **Exploração:** o enfermeiro ajuda a pessoa a buscar nas suas redes sociais ajuda para solucionar seus problemas.
- **Resolução:** as necessidades e dificuldades são sanadas por meio dos empenhos cooperativos da pessoa e do enfermeiro.

Durante as fases, percebem-se mudanças no relacionamento entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, resultando no amadurecimento e crescimento pessoal de ambos. O objetivo da teoria é fazer com que a pessoa que está em sofrimento mental conquiste sua autonomia através da participação nas escolhas, portanto ela passa a ser protagonista nas decisões do seu cuidado. Em resumo, essa teoria tem contribuído para a atuação do enfermeiro no processo terapêutico, pois tanto o enfermeiro como a pessoa estão em busca de objetivos em comum que consistem em produzir mudanças que influenciam de forma positiva da saúde mental (FRANZOI et al., 2016).

Já a teoria de Travelbee (1971) atua na Relação Pessoa-a-Pessoa, salientando a necessidade de o enfermeiro ter ciência dos seus valores, crenças e sentimentos para poder cuidar da pessoa em sofrimento. Ela acredita que o objetivo da enfermagem é ajudar a pessoa a prevenir ou a lidar com as experiências do sofrimento, e encontrar sentido nessa experiência. Tanto Peplau

(1990) quanto Travelbee (1971) ancoram no conceito de que o enfermeiro terapeuta utiliza a si próprio e detém recursos de caráter filosófico, científico, artístico e criativo no que diz respeito ao relacionamento interpessoal com as pessoas (ELIAS; TAVARES; MUNIZ, 2020; PAROLA *et al.*, 2020).

As atribuições do enfermeiro na saúde mental não se restringem a executar técnicas ou procedimentos voltados para os cuidados clínicos, mas sim propor uma ação de cuidados abrangentes que implica, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação. Peplau (1990) salienta que a comunicação entre o “enfermeiro-paciente” é chamada de comunicação terapêutica. Esse conceito consiste na habilidade de o profissional de saúde usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar as pessoas em sofrimento a conviver com as outras, a refletir sobre seus problemas e a superar as suas limitações (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Além de ser um instrumento básico do cuidar, a comunicação terapêutica tem a finalidade de identificar e assistir as necessidades de saúde da pessoa atendida, criando oportunidades de aprendizagem e despertando nas pessoas sentimentos de confiança, empatia e respeito. Esses sentimentos promovem segurança e encorajam a pessoa a expressar suas dúvidas e preocupações (FUKUDA; STEFANELLI; ARANTES, 2017).

Porém, para que a ação terapêutica ocorra, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as técnicas de comunicação e habilidades no relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência à pessoa. Para tal, deve utilizar as técnicas de comunicação terapêuticas propostas por Peplau classificadas a seguir:

- Expressão: estimulam a pessoa a descrever sua experiência, seus sentimentos e pensamentos, por exemplo: usar terapeuticamente o silêncio; ouvir atentamente; verbalizar aceitação; verbalizar interesse pelo que a pessoa está falando; usar frases incompletas; repetir as últimas palavras ditas pela pessoa; fazer pergunta; permitir que a pessoa escolha o assunto; colocar em foco a ideia principal; verbalizar dúvidas; dizer não; estimular expressão de sentimentos; entre outros.

- **Clarificação:** ajudam a esclarecer o que foi falado ou expresso pela pessoa, como estimular comparações; solicitar que esclareça termos comuns; solicitar que identifique o agente de ação; e descrever os eventos em sequência lógica.
- **Validação:** permitem validar a mensagem da pessoa, como repetir a mensagem dita pelo paciente; pedir ao paciente para repetir o que foi dito; e sumarizar o conteúdo da interação (FUKUDA; STEFANELLI; ARANTES, 2017).

Presente nas ações realizadas, a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem, seja para orientar, seja para confortar ou atender as necessidades básicas; é por meio dela que as pessoas podem expressar o que estão sentindo. Não se trata de uma simples troca de mensagens, mas sim uma ação que deve ser pensada, planejada e realizada permeada de vínculos e afetos, com o propósito de demandar do outro um posicionamento ativo. Entretanto promover o cuidado a uma pessoa em sofrimento mental requer conhecimento a partir da experiência singular do enfermeiro para compreender e estabelecer um relacionamento terapêutico.

Vigotsky salienta que o cuidado está vinculado ao desenvolvimento cognitivo e afetivo do indivíduo, e que, a partir do relacionamento e da comunicação entre as pessoas, surgem as possibilidades para novas percepções interiores que poderão levar aos processos de aprendizagem e desenvolvimento humano (VIGOTSKY, 2010/1934).

Para González Rey (1995), a comunicação é um sistema desenvolvido desde o nascimento da pessoa, por meio das relações e dos vínculos marcados por diferentes emoções estabelecidas no entorno da criança nos diferentes espaços sociais em que vive. A cada dia, essas relações vão-se tornando mais amplas e complexas, e participando ativamente da formação do sujeito. Em síntese, o desenvolvimento da comunicação se dá por um processo relacional, integrado à cultura. Portanto é por meio dela que se pode ter acesso aos valores humanos integrados à subjetividade social das pessoas. Por esse motivo, atenção especial deverá ser dedicada aos cuidados com a saúde da mulher no contexto da saúde mental, pois, como já mencionado na introdução deste trabalho, nos dias atuais a mulher enfrenta desafios e dificuldades, seja para

cuidar da família, da casa e do trabalho, seja para zelar por si mesma. Com isso vem aumentando a procura de atendimentos no serviço de saúde de mulheres com idade acima de 45 anos em sofrimento mental.

Apesar da escassez de produções científicas atuais sobre dados epidemiológicos da prevalência dos transtornos mentais em mulheres, sabe-se que elas, na fase adulta, são mais susceptíveis e vulneráveis mentalmente do que os homens e apresentam alterações diferenciadas das deles, como transtorno de humor e ansiedade. No sexo masculino estão mais presentes as alterações causadas pelo uso de substâncias psicoativas e transtornos psicóticos (ALVES *et al.*, 2020; HIANY *et al.*, 2018). A pesquisa de Santos *et al.* (2019) revela uma prevalência de 24,3% de transtornos mentais comuns na população feminina brasileira, o que corrobora a pesquisa de Nunes *et al.* (2016), segundo a qual o grupo sociodemográfico mais acometido é o das mulheres, com uma prevalência de 26,8% de transtornos mentais.

Variáveis sociodemográficas como baixa escolaridade, baixa renda, raça negra, pessoas idosas, viúvas e desempregadas; e as condições de saúde de pessoas com doenças crônicas ou deficiência determinam maior prevalência de transtornos mentais (SANTOS *et al.*, 2019). Outros fatores associados a esse fenômeno têm sido evidenciados na exposição à violência, ao abuso e à ausência de redes de apoio, bem como à presença de diferentes sentimentos (medo, impotência e baixa autoestima), o que prejudica a manutenção da estabilidade mental das mulheres (ALVES *et al.*, 2020).

Outros motivos causadores do sofrimento psíquico são os conflitos e as oposições nas relações sociais envolvidas na sua condição de mulher na sociedade, por exemplo, a inegável diferença de gênero, a desqualificação da mulher no mercado de trabalho, a violência e opressão do feminino, a ocupação com as atribuições sociais do cuidar e do doméstico como sendo o lugar e a tarefa para o feminino, as transformações hormonais e outros (LOPES *et al.*, 2014; BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012; SANTOS; DINIZ, 2018). Na pesquisa com mulheres donas-de-casa, as causas foram a ausência de autonomia pessoal e financeira, a invisibilidade social e a fragilidades nos relacionamentos familiares (SANTOS; DINIZ, 2018).

Diferente do homem, a mulher após os 40 anos entra no que chamamos de climatério/perimenopausa e menopausa, que é a redução na produção de hormônios, especificamente o estrogênio e a finalização permanente da menstruação. Dentre as alterações características da menopausa, podemos citar aquelas de caráter psicológico, como a tristeza, insônia, apatia, falta de autoconfiança e de desejo sexual, irritabilidade, dificuldades de memória e concentração (BULCAO *et al.*, 2004), as quais, na maioria das vezes, são confundidas com transtornos mentais e tendem a ser subdiagnosticadas e rotuladas como “doenças mentais”. Contudo, a maneira como cada mulher vivencia esse momento não se limita às questões biológicas, e sim a um complexo conjunto de fatores contextuais e pessoais que envolve sua história pessoal e seus hábitos de vida.

O fato de as mulheres não entenderem o que se passa no processo da perimenopausa e menopausa é o reflexo da ausência de programas voltados para as especificidades da mulher na faixa etária entre os 40 e 60 anos, uma vez que vários programas são focados nos cuidados da saúde das crianças, das adolescentes, das mulheres grávidas e das idosas. Portanto, urge o debate sobre as necessidades de saúde das mulheres para que sejam acompanhadas, e não negligenciadas, nesse período de suas vidas, compreendendo as influências psicossociais, emocionais e culturais que acompanham as mulheres nessa fase e influenciam no seu modo de vida, sua sexualidade, sua autoimagem, o papel social feminino e suas relações sociais.

As mulheres que apresentam alterações mentais estão enquadradas nos grupos mais vulneráveis e passíveis de negação dos seus direitos, o que pode ser explicado por fatores como estigmas, discriminação e exclusão social, e acabar comprometendo a qualidade dos cuidados com a sua saúde (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). Nesse sentido, é necessário reconhecer as especificidades da condição da mulher para poder auxiliar no desenvolvimento de novas formas de cuidar (PEGORARO; CALDANA, 2008). O que irá refletir positivamente na saúde física e mental das mulheres e, portanto, melhorar as questões socioeconômicas e políticas voltadas a elas é entender que a sua saúde mental não deve ser compreendida como algo isolado, mas sim resultante de interações entre os fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais

relacionados à educação, raça e classe social (SANTOS; DINIZ, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

Diante desse cenário, da revisão de literatura e da experiência, alguns questionamentos são necessários. Quais estratégias de cuidado o enfermeiro pode adotar junto com as mulheres que estão em processo de sofrimento? Quais as melhores intervenções/tratamentos específicos para as mulheres que sofrem? Como o espaço dialógico dentro do CAPS pode contribuir para a melhora da saúde mental dessas mulheres? Será que o espaço de uma oficina terapêutica na perspectiva educacional com mulheres em sofrimento poderá contribuir na produção da subjetividade para a superação dos agravos do adoecimento mental?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

*Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar*

Cora Coralina

2.1 Teoria da Subjetividade: fundamentos e conceitos centrais

Nesta parte da pesquisa, propõe-se explicar os fundamentos e os conceitos centrais da teoria da subjetividade, elaborada por González Rey. O referencial teórico adotado tem suas raízes no trabalho de Lev Vygotski, em especial nos primeiro e terceiro momentos de sua obra que, junto com seus colaboradores Luria e Leontiev, criou uma nova psicologia que superava as duas tendências predominantes da época, a psicologia materialista (ciência natural) e a mentalista (ciência mental) que considerava o ser humano somente como corpo ou mente. O desenvolvimento do ser humano é complexo por se constituir no movimento da cultura da qual participa, o qual mobiliza as dimensões biológica, social e psicológica.

A abordagem de Vigotski perpassa por três pilares centrais: 1) as funções psicológicas têm base biológica, pois são frutos da atividade cerebral; 2) o funcionamento psicológico se fundamenta nas relações sociais entre o indivíduo e a realidade; 3) a relação que ocorre entre o homem e o mundo é uma relação mediada por sistemas simbólicos (VIGOTSKI, 2000). Dessa forma, não é

possível entender a subjetividade quando analisada de maneira isolada, mas sim a partir das ações e relações sociais nas quais implica.

Vigotski (2010) ressalta que o desenvolvimento psíquico do ser humano ocorre por meio das relações sociais, nas quais os processos de aprendizagem exercem valor heurístico na constituição da consciência, sendo ela entendida como as habilidades desenvolvidas para refletir sobre a realidade.

No marco histórico-cultural, a subjetividade representa uma produção qualitativamente diferenciada dos processos humanos nas condições sociais, culturais e historicamente situadas em que as pessoas vivenciam produção diferenciada tanto dos indivíduos quanto dos espaços sociais constituídos por eles (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTINEZ, 2017). Por essa perspectiva, a subjetividade é entendida por González Rey como um:

sistema simbólico-emocional orientado à criação de uma realidade peculiarmente humana, a cultura, da qual a própria subjetividade é condição de seu desenvolvimento e dentro da qual tem a sua própria gênese, socialmente institucionalizada e historicamente situada (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 27).

Na subjetividade, a emoção e o simbólico se constituem como uma unidade geradora de sentidos e configurações subjetivas. A emoção, nesse caso, é compreendida para além da visão naturalista das respostas apresentadas perante o ambiente (GONZÁLEZ REY, 2017b). Ela não é algo explícito, que se encontra diretamente na fala, ou observado de fora de uma situação vivida. É preciso entrar na relação com o outro e, a partir das informações tecidas, interpretar, pensar e levantar as hipóteses.

Ela é “uma qualidade específica dos fenômenos humanos dentro da cultura, e seu funcionamento envolve instâncias individuais e sociais como agentes que têm caráter ativo, gerador e criativo” (GONZÁLEZ REY, 2017c, p. 13, tradução minha). É passível de transformação a partir de diferentes implicações geradas pelos sentidos subjetivos, mobilizados nas experiências humanas, nas relações estabelecidas com a cultura e consigo mesmo (SANTOS, 2010).

Essa perspectiva, portanto, revela que o processo de constituição da subjetividade humana ocorre por meio de relações dialéticas entre os domínios social e o individual, formando um processo complexo no qual os interesses simbólicos e afetivos dos indivíduos são considerados como inseparáveis.

A teoria da subjetividade está em construção e em constante movimento, e é definida por González Rey (2019) como uma forma de compreender a singularidade dos processos implicados no desenvolvimento humano. A escolha dessa teoria surgiu a partir dos princípios de valoração da singularidade, da experiência única das pessoas, do processo de construção da cidadania e da inclusão social, podendo possuir ou não lugar em determinados espaços sociais, e propondo um caráter constituinte entre as dimensões individuais e sociais da subjetividade (GONZÁLEZ REY, 2005).

Ela forma um conjunto entrelaçado de categorias, dentre as quais se encontram os sentidos subjetivos, as configurações subjetivas, as categorias sujeito e agente, a subjetividade social e a subjetividade individual. Todos se entrelaçam e “as mudanças em um dos significados associados a um dos conceitos têm repercussões nos outros conceitos e nos modos de organização do sistema” (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 62).

O sentido subjetivo é a unidade simbólico-emocional da subjetividade. Os processos de sentidos subjetivos são inconscientes e, por isso, não são passíveis de controle pela razão, ou seja, não conseguimos controlar em nós e nem nas pessoas. Podemos citar como exemplo o fato de não conseguirmos controlar por quem nos apaixonamos e a forma como nos afetamos por aquilo que vivemos. Trata-se, então, da maneira pela qual uma realidade específica torna-se uma experiência humana (GOULART, 2019).

González Rey destaca que sentido subjetivo são:

produções individuais e sociais baseadas em como as construções simbólicas sociais são experimentadas por indivíduos, grupos e instituições, em função de suas próprias histórias subjetivamente configuradas. Os sentidos subjetivos emergem, inseridos em um contexto completo dentro do qual tem lugar a experiência real (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, pp. 13-14).

Os sentidos subjetivos são “flashes simbólico-emocionais que se desdobram no movimento caótico, do qual emergem configurações subjetivas como uma organização autorreguladora e autogeradora de sentidos subjetivos” (GONZÁLEZ REY, 2019, p. 28).

Os sentidos subjetivos de uma determinada experiência não estão restritos a essa experiência. Eles estão amalgamados com os sentidos subjetivos de outras vivências as quais ganham novos contornos subjetivos no curso da experiência atual (SOUZA; TORRES, 2019, p. 40).

Assim, novos sentidos subjetivos podem emergir e alterar a rede de sentidos subjetivos original, conduzindo essa pessoa à produção de novas configurações subjetivas. Sendo assim, não é a vivência de um fato em si que importa, mas como ele, imbricado na experiência vivida, subjetiva essa experiência (MARTÍNEZ; NEUBERN; MORI, 2014).

Podemos citar como exemplo um trauma. Desse ponto de vista, o que define o trauma não é o acidente, mas a produção de sentidos subjetivos que acontece após o ocorrido. Assim, os sentidos subjetivos se organizam por meio de diferentes experiências, e conforme a pessoa vai atuando, novos sentidos subjetivos vão emergindo e alterando os sentidos subjetivos iniciais (GONZÁLEZ REY, 2007).

Desse modo, os sentidos subjetivos diante das vivências mais importantes experienciadas, como as relações, eventos, atividade ou produção social em particular, podem ir ganhando instabilidade em uma experiência de vida. Isso faz com que os sentidos subjetivos se organizem de forma relativamente estável, e quando essa organização acontece, é chamada de uma configuração subjetiva (GONZÁLEZ REY, 2011).

A relativa estabilidade das configurações subjetivas resulta da resistência que elas oferecem à mudança diante dos novos processos que decorrem do momento real de qualquer atividade em andamento. Ao mesmo tempo, essa estabilidade é relativa, pois os caminhos e as decisões tomadas pelos indivíduos e os grupos, como agentes de suas próprias ações, levam a novos sentidos subjetivos. Quaisquer novos caminhos tomados pelos agentes das ações implicará o surgimento de novos sentidos subjetivos, que integra, ou não, na configuração subjetiva no processo de uma experiência (GONZÁLEZ REY, 2017c, p 14, tradução minha).

Um exemplo elucidado por Goulart (2019) são as configurações subjetivas de nossas experiências familiares, que, em geral, têm uma presença significativa nos diversos campos de nossas vidas. Uma vez organizada, essa configuração subjetiva passa a ser geradora de sentidos subjetivos e, ao se organizarem de forma dominante na experiência individual e social, tornam-se difíceis de ser superadas.

Citamos como exemplo o transtorno mental, um fenômeno demarcado por preconceitos cujo diagnóstico gera danos para aqueles que o receberam, como insegurança, sentimentos de menos valia, baixa autoestima e autonomia, e faz a pessoa afundar em uma situação em que não consegue gerar alternativa para sair do estado de sofrimento ou dependência, algo que vai-se tornando permanente e até dominante na sua experiência. Seus efeitos iatrogênicos podem promover situações incapacitantes, aprofundando o sofrimento das pessoas envolvidas. O conceito gerador de danos refere-se às consequências que os sintomas patológicos causam, impedindo a pessoa de [...] “produzir novos sentidos subjetivos ante a condição que lhe afeta” (GONZÁLEZ REY, 2007, p. 158).

Podemos dizer que o sucesso de uma abordagem terapêutica para pessoas em sofrimento mental é quando ela consegue elaborar e gestar novas emoções e processos simbólicos que lhe deem condições de produzir novos sentidos subjetivos, permitindo-lhe posicionar-se de outra forma diante das relações e das ações de seu cotidiano (GONZÁLEZ REY, 2007).

González Rey rompe com o pensamento de que a subjetividade é um fenômeno individual, transpondo para a ideia de que ela se produz nos níveis social e individual simultaneamente. Na subjetividade individual aparece constituída “a história única de cada um dos indivíduos, a qual, dentro de uma cultura, se constitui em suas relações pessoais” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 241). Podemos dizer, portanto, que subjetividade individual

se organiza em torno de elementos essenciais na sua compreensão e desenvolvimento: o sujeito e a personalidade que interagem numa relação em que um é momento constituinte do outro sem que seja diluído por ele. O reconhecimento do caráter ativo, gerador, reflexivo e criativo do sujeito coloca a relação com o social em permanente estado de tensão e rupturas, podendo gerar novas unidades de subjetivação

individual e social (ROSSATO; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2013, p. 290).

Anache e Martins (2019) contribuem dizendo que nenhum ser humano escapa de, em sua ação, produzir tensão entre a configuração subjetiva e os diferentes modos de ser percebido pelas pessoas e suas relações pessoais em diferentes espaços de convivência produtores de subjetividade social: família, escola, locais de trabalho, comunidade, espaços de lazer e outros (p. 114).

Isso sugere que, embora as pessoas compartilhem espaços sociais comuns como escola, meio familiar, trabalho etc., cada um gera sentidos subjetivos e configurações subjetivas de forma específica, emergentes no processo de subjetivação de sua experiência vivida.

A categoria subjetividade social expressa a forma integradora dos sentidos subjetivos e configurações subjetivas emergentes nos múltiplos espaços sociais, gerando um sistema no qual as produções subjetivas e as configurações subjetivas de determinado espaço social estão recursivamente articuladas, com os sentidos e configurações subjetivas de outras esferas sociais.

O conceito de subjetividade, ao abrir um novo caminho para a investigação psicológica, possibilita uma representação viva e dinâmica da rede de configurações subjetivas sociais na qual todo o funcionamento social ocorre (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTINEZ, 2017). Ao propor a categoria de subjetividade social, González Rey

Permite explicar como a sociedade, em seus diversos níveis, instituições e processos, se configura recursivamente em todas essas diversas instâncias, tornando-as espaços sociais vivos, contraditórios e heterogêneos, ao mesmo tempo em que se configura em indivíduos cujas posições e comportamentos ativos são constituintes dos diferentes caminhos percorridos por essas instâncias sociais em seu desenvolvimento (GONZÁLEZ REY, 2019a, p.29, tradução minha).

Tanto o social quanto o individual se constituem mutuamente. Não podemos considerar a subjetividade de um espaço social desvinculada da subjetividade das pessoas que a constituem; da mesma maneira, não é possível entender a constituição da subjetividade individual sem considerar a

subjetividade dos espaços sociais que colaboram para sua produção (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Como exemplo, podemos citar a família na qual a mulher exerce papel fundamental na constituição da subjetividade de seus integrantes – as crenças; os valores; sua formação; como se constitui historicamente; como ocorre a comunicação e a troca de afetos; como as ações estabelecidas entre os membros familiares expressam a qualidade das relações construídas nesse grupo. Desse modo, na subjetividade social de um grupo familiar aparecem expressões da subjetividade social da sociedade (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2019). Portanto, no percurso de sua história, a mulher em sofrimento mental produz sentidos subjetivos no processo de subjetivação que envolvem os dois níveis, ou seja, a subjetividade social e a individual.

Ao interpretar os sentidos subjetivos de uma pessoa em sofrimento mental, é possível produzir teoricamente a subjetividade social dominante no espaço do Serviço de Saúde Mental que frequenta. Um exemplo nesse caso é a subjetividade social dominante centrada no uso da medicação como principal recurso terapêutico para o tratamento das pessoas em sofrimento que frequentam esses espaços (GOULART, 2019).

A subjetividade, como um sistema vivo, existe na ação dos seus agentes e sujeitos, aparecendo no sistema de comunicação dos participantes da pesquisa. Podemos dizer que, nesse referencial teórico, agentes e sujeitos não são sinônimos de pessoa ou indivíduo, não são a-históricos, não são estáticos, mas sim uma pessoa ou um grupo de pessoas que têm “capacidade de se posicionar, de gerar processos que estão além de seu controle e sua consciência” (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTINEZ, 2017, p. 72).

O **agente**, à diferença do sujeito, seria o indivíduo ou grupo social situado no devir dos acontecimentos no campo atual de suas experiências; uma pessoa ou grupo que toma decisões cotidianas, pensa, gosta ou não do que lhe acontece, o que de fato lhe dá uma participação nesse transcurso. Por sua vez, o conceito de **sujeito** representa aquele que abre uma via própria de subjetivação, que transcende o espaço social normativo dentro do qual suas experiências acontecem, exercendo opções criativas no decorrer delas, que podem ou não se expressar na ação (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 73, grifos meus).

Pode-se exercer a condição de agente ou sujeito em determinados momentos da vida e não em outros, portanto marca uma qualidade específica de um processo e não uma condição que já está dada. Ninguém é sujeito o tempo todo, “ele emergirá sempre que as emoções estiverem comprometidas com as ações do indivíduo em diferentes instâncias da vida” (SOUZA; TORRES, 2019, p. 47). Assim, uma pessoa pode ser sujeito no ambiente de trabalho e não sê-lo em seu relacionamento conjugal.

Ser agente em uma situação específica não implica caminhos alternativos de subjetivação perante a subjetividade social dominante, porém não consegue gerar novos caminhos conscientes em outros processos. Já o sujeito é entendido como uma pessoa de pensamento, emoção e linguagem, emergindo o sujeito reflexivo e participativo, e é definido como aquele que abre uma via própria de subjetivação que transcende o espaço social normativo dentro do qual suas experiências acontecem, exercendo opções criativas no decorrer delas, que podem ou não se expressar na ação (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 73).

O sujeito é ativo, reflexivo, questionador, e não se submete às vozes imperativas, ditatoriais, porém é o resultado teórico construtivo interpretativo por parte do pesquisador (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Assim, um pesquisador da subjetividade constrói indicadores dentro do seu modelo teórico, permitindo afirmar, ou não, que essa pessoa se posiciona como sujeito da sua aprendizagem (SOUZA; TORRES, 2019).

A qualidade do sujeito como elemento essencial da subjetividade individual “constitui o momento vivo da organização histórica da sua subjetividade, e que está implicado de forma constante nos diversos espaços sociais dentro dos quais organiza suas diferentes práticas” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 241). Portanto, no percurso de sua história, o sujeito produz sentidos subjetivos no processo de subjetivação que envolve a subjetividade social e a individual, integrando-se às configurações subjetivas.

Os desdobramentos para o trabalho em saúde mental, a partir da perspectiva da subjetividade, ajuda-nos a ir além das intenções dos indivíduos e

grupos, bem como ir além das formalizações das políticas públicas em saúde mental. Trata-se de um referencial que nos apoia na busca por romper com julgamentos equivocados e pré-concebidos, articulando as diversas expressões de sofrimento à trama singular da vida de cada pessoa. Isso oferece uma base para novas práticas orientadas à mudança; com isso, passamos a compreender que o cuidado em saúde mental nunca segue uma lógica linear a partir de sua intencionalidade, mas está permanentemente perpassado por relações subjetivadas (GOULART, 2019).

Essa proposta se sustenta na relação indissociável entre teoria, epistemologia e metodologia, sustentando não apenas avanços teóricos, mas novos caminhos por realizar pesquisas e práticas que correspondam aos seus avanços teóricos. A teoria, por essa definição, é um sistema que está permanentemente em desenvolvimento, no qual avanços dependem de novas pesquisas e da abertura de novos domínios de prática, ambos estão intimamente relacionados (GONZÁLEZ REY, 2019a, p. 34, tradução minha).

Outro conceito percorrido por González Rey é o desenvolvimento subjetivo. Ele resulta da articulação de diferentes configurações subjetivas em múltiplos espaços sociais de onde emergem as ações humanas. Destaca-se dois aspectos centrais: o caráter autogerador do desenvolvimento da subjetividade, que implica reconhecer a constituição dialógica e social dos fenômenos humanos; e o papel central do sujeito nesse processo, pois sem a emergência do sujeito não há desenvolvimento subjetivo. Isso fica demonstrado no trecho a seguir:

Os indivíduos se desenvolvem enfrentando desafios que incluem o desenvolvimento de novos recursos subjetivos que impactam, de uma forma ou de outra, diferentes esferas de sua vida. Diante de situações de conflito, há indivíduos que emergem enquanto sujeitos da situação enquanto outros se subordinam passivamente a ela. Esse é um exemplo que caracteriza o desenvolvimento subjetivo e que não há qualquer área da vida ou qualquer atividade que poderia ser considerada como a única promotora do desenvolvimento. O desenvolvimento da subjetividade é sempre um processo autogerador (GONZÁLEZ REY *et al.*, 2017, p. 306, tradução minha).

Na Epistemologia Qualitativa, que iremos abordar logo adiante, a comunicação é considerada um princípio epistemológico, centrada no fato de que os problemas sociais e humanos se apresentam na comunicação das

peças, direta ou indiretamente. E é por meio da comunicação que conhecemos as configurações subjetivas, os processos de sentido subjetivos e o modo como a vida social pode afetar as pessoas (GONZÁLEZ REY, 2017a). Assim, González Rey criou uma tríade para o estudo da Subjetividade: Teoria, Epistemologia e Metodologia.

3 REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO DA PESQUISA

*Através dos outros, nos tornamos nós
mesmos.*

Lev Vigostki

Nesta seção, apresentamos os princípios da epistemologia qualitativa e do método construtivo-interpretativo, usados como eixo de sustentação epistemológica e metodológica desta pesquisa. Por fim, abordaremos os aspectos metodológicos previstos para este estudo como: o contato com o local de pesquisa, a construção do cenário social da pesquisa, participantes, instrumentos e aspectos éticos.

Ao estudar a subjetividade como um processo complexo e singular, González Rey desenvolve a Epistemologia Qualitativa, que compreende o conhecimento não como uma apropriação linear da realidade, mas como uma produção humana, e propõe o método construtivo-interpretativo, que exige dos pesquisadores um pensamento complexo sobre a singularidade do processo de desenvolvimento humano e sua generalização em conceitos, rompendo, desse modo, com a lógica instrumental da pesquisa.

Pretende, com essa proposta, que o pesquisador se posicione como sujeito no processo da pesquisa, usando a criatividade e a imaginação para explicar o fenômeno por meio de construções das informações proveniente da base teórica e as informações produzidas no estudo (ROSSATO; MITJÁNS MARTINEZ, 2017).

Essa proposta infere que a construção do conhecimento segundo González Rey (2017a, p. 37) é um

processo teórico comprometido com uma realidade que o desafia constantemente desde o momento empírico, desafio que constitui uma via de confrontação entre o estudado e o modelo teórico usado em sua significação. Dessa confrontação, dependerá tanto o desenvolvimento do modelo teórico, como o aumento da capacidade para gerar novas zonas de sentido sobre a realidade estudada.

Ela fundamenta-se especialmente em três princípios norteadores: o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, a legitimação do singular

como fonte de produção do conhecimento, e a pesquisa como um processo de comunicação e diálogo (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

O caráter construtivo-interpretativo do conhecimento implica compreender o conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade que nos apresenta". "O conhecimento é uma construção, uma produção humana e não algo que está pronto para conhecer uma realidade ordenada de acordo com categorias universais do conhecimento" (GONZÁLEZ REY, 2017a, pp. 5-6). Sendo assim, a produção de conhecimentos é vista como um processo no qual os questionamentos, investigações e observações do pesquisador são consideradas legítimas e se articulam com a teoria durante o caminho da pesquisa.

Ele visa romper com a dicotomia entre o empírico e o teórico. Essa afirmação não exclui o empírico, nem o considera secundário, mas o compreende como inseparável do processo de produção teórica, "no qual o empírico se situa como atributo de uma realidade externa e o teórico é considerado uma mera especulação ou um simples rótulo para nomear o empírico" (GONZÁLEZ REY, 2017a, p. 9). Por essa perspectiva, a teoria é uma ferramenta intelectual que auxilia o pesquisador a encontrar a convergência do modelo teórico em meio à diversidade de informações que emergem no processo da pesquisa (GOULART, 2017). É necessário, portanto, saber interpretar, elaborar ideias, questionamentos e conjunturas dos processos subjetivos, pois o processo de conhecimento não se organiza por meio de instrumentos prontos, mas sim pela capacidade do pesquisador de articular a teoria com as ideias no processo de construção da informação.

Nesse sentido, a construção da informação se organiza a partir da construção de indicadores que são gerados pelo pesquisador com a expressão do participante da pesquisa, não somente pelo que é dito ou observado, mas pelas conjecturas que o pesquisador elabora considerando as informações. Dessa maneira, não existem regras para a definição de um indicador; eles emergem dos significados que o pesquisador atribui a um conjunto infinito de expressões vivas que só tem sentido no contexto na qual aparecem. Com a abertura de um indicador, deve-se remeter a outros indicadores que o pesquisador irá procurar (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Mediante o levantamento dos indicadores, torna-se possível elaborar hipóteses, organizadas em um processo de interpretação, que são a base para a emergência dos modelos teóricos desenvolvidos na pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2017a).

Por essa perspectiva, o modelo teórico representa a construção que norteia uma pesquisa, não tendo, *a priori*, uma lógica abstrata na qual o pesquisador se posiciona na qualidade de sujeito no processo da pesquisa, usando sua capacidade intelectual e criativa para explicar o fenômeno por meio de construções das informações proveniente da base teórica e as informações produzidas no estudo (ROSSATO; MITJÁNS MARTINEZ, 2017). Da mesma forma, o modelo teórico é, precisamente, o resultado principal da pesquisa nesse referencial, pela qual um conjunto de compreensões sobre a questão estudada ganha significação (GONZÁLEZ REY, 2017a).

Neste estudo, esse princípio se expressa no processo da pesquisa e foram sendo construído desde dos primeiros momentos de imersão no campo do estudo, indagando, analisando e buscando compreender as ações e relações entre os participantes.

A legitimação do singular como fonte de produção do conhecimento “nos leva a reflexões que estão para além da singularidade e que são impossíveis de serem alcançadas sem a atenção às diferenças que o caracterizam” (GOULART, 2019, p. 97). A singularidade é necessária para explicar como os processos complexos se singularizam e se tornam vivos na trama de vida das pessoas. Assim, compreende-se que singular não é sinônimo de único, mas de uma fonte singular de informações que pode contribuir para a construção do modelo teórico em desenvolvimento.

O terceiro princípio, processo de comunicação e de diálogo, busca compreender a pesquisa como um espaço social onde múltiplos e inesperados processos de comunicação emergem espontaneamente, colocando o pesquisador e os participantes como sujeitos de um processo rico em novidades. Esse princípio rompe com a ideia de neutralidade do pesquisador e com a definição da pesquisa como processo teórico (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

A pesquisa é um espaço permanente de comunicação, com um valor essencial para os processos de produção de sentido das pessoas pesquisadas em diferentes momentos da sua participação. A pessoa que participa da pesquisa não irá se expressar por causa da pressão exigida muitas vezes pelo instrumento, mas por uma necessidade pessoal crescente no espaço de pesquisa graças ao sistema de relação constituído nesse processo (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

A importância dada à comunicação no processo de construção do conhecimento baseia-se no fato de que grande parte dos problemas sociais e humanos tem raízes na comunicação entre as pessoas. Portanto a comunicação é um espaço privilegiado para o estudo da subjetividade e serve de via para conversão dos que fazem parte da pesquisa em sujeitos da pesquisa. Por isso, a imersão do pesquisador na construção de um cenário social de pesquisa torna-se indispensável, pois o cenário tem como objetivo aproximar a pesquisa de cada participante e, dessa maneira, desenvolver a confiabilidade e o interesse necessários para o desenvolvimento da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2017a). Para tanto, dentro do cenário da pesquisa, será necessário criar situações de convivência pautadas no diálogo, na criação de vínculos afetivos e de confiança no relacionamento, e levar o pesquisador a ser um questionador e provocador na perspectiva de impulsionar um posicionamento ativo do participante na relação.

Criar um vínculo com uma pessoa ou grupo significa tornar-se referência para o outro a partir da relação estabelecida, pois esses laços passam a ter importância na vida da outra pessoa, havendo uma continuidade do outro mesmo na sua ausência, constituindo-se em fonte de sentidos e processos subjetivos (GOULART, 2019). Os vínculos são criados por meio dos diálogos.

O diálogo, por esse ângulo, não é apenas um fenômeno linguístico, não é simplesmente sentar e trocar ideias, não se trata de sentar e conversar, mas sim de um processo subjetivo diferenciado que implica a construção de laços afetivos que nos mobilizam e, com isso, nos transformam. Implica uma relação em que as diferenças são respeitadas e importantes para o processo comunicativo estabelecido (GOULART, 2019). O carácter dialógico da pesquisa permite que os participantes façam parte dela a partir de suas inquietações, suas

memórias e seus problemas atuais, o que é fundamental para o seu envolvimento no processo (GONZÁLEZ REY, 2005).

Os indivíduos ou grupos são agentes ou sujeitos do processo de diálogo da pesquisa, pois todo diálogo é um processo construtivo daqueles que dele participam, mesmo que, muitas vezes, existam contradições, rupturas ou abertura de caminhos aparecendo através de novas produções subjetivas dos indivíduos em diálogo (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Já a provocação não é contrariar o outro, mas pretende tensionar a relação, demandando no outro uma posição ativa, uma reflexão e um tipo de resposta que ele não teria fora dessa relação. Ela nasce ao compreender a pessoa como geradora dos processos subjetivos da própria experiência (GOULART, 2019).

A proposta dessa teoria está voltada para que todos os participantes se “tornem “sujeitos da pesquisa, a partir do desenvolvimento de um posicionamento crítico e reflexivo através do diálogo entre o pesquisador e participante que atravessa todos os momentos e instrumentos da pesquisa” (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 50). Daí acreditarmos que o CAPS pode ser um local onde a constituição de espaços relacionais facilitem e provoquem a expressão do outro, bem como o interesse em se posicionar diante da abordagem de temas que promovam aprendizagem, num processo de emergência do sujeito por parte dos frequentadores (GOULART, 2019).

3.1 Estudo de Caso

Pela perspectiva da epistemologia qualitativa, o estudo de caso é um tipo de pesquisa de campo usado para compreender os elementos que tecem a trama da subjetividade, e

sustenta as construções particulares, permitindo a obtenção de informações diferenciadas sob vários ângulos, o aprofundamento de seus aspectos e suas nuances, a complexidade e o movimento do problema investigado. Assim, ao abordar os fenômenos em toda sua riqueza, proporciona indicadores significativos para a compreensão da subjetividade individual e social (SANTOS, 2010, p. 75).

Partindo desse pressuposto, o estudo de caso nessa metodologia não utiliza nenhum tipo de instrumento padronizado a ser seguido, sua relevância “se caracteriza pelos elementos que esses casos aportam a um modelo teórico em desenvolvimento, capaz de gerar inteligibilidade sobre os sentidos e as configurações subjetivas”, associadas ao transtorno mental (GONZÁLEZ REY, 2010, p. 334).

O estudo de caso é uma fonte importante para o processo construtivo-interpretativo na produção de conhecimento sobre a subjetividade, pois

possibilita gerar inteligibilidade sobre a diversidade do singular com base no desenvolvimento de modelos teóricos; neste caso, as configurações subjetivas se tornam, no devir da pesquisa, importante via de explicações e construções abrangentes que geram e permitem novos significados em cada novo caso estudado, garantindo representações cada vez mais complexas e abrangentes sobre o estudado (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 21).

Nesta pesquisa, será apresentado o processo de participantes, ocorrido durante os encontros da oficina terapêutica com o objetivo de analisar como o caráter construtivo-interpretativo-dialógico toma forma ao longo das ações e relações produzidas no percurso dos diálogos realizados no CAPS.

3.2 O Contato com a Secretaria Municipal de Saúde e com os profissionais de saúde do CAPS

Em fevereiro de 2019 o projeto de pesquisa foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e o termo de parceria para pesquisa na área da saúde foi assinado. Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado um encontro em julho de 2019 com a equipe de profissionais do CAPS, no qual foram apresentados o funcionamento, os objetivos, o cronograma de execução e esclarecidas as dúvidas sobre a pesquisa. Importante salientar que já existe um vínculo entre a pesquisadora e os integrantes da equipe de profissionais do CAPS, uma vez que as atividades acadêmicas da pesquisadora são realizadas naquele local e que, para a criação desse projeto de pesquisa, foram realizadas trocas de ideias com alguns desses profissionais, o que facilitou a apresentação dos processos da pesquisa. Após a apresentação, foi pactuado com a gerência

qual seria a sala utilizada, as datas em que ocorreriam os encontros com as mulheres participantes.

3.3 Os participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa foram mulheres integrantes da Oficina Terapêutica Bordando a Vida, totalizando seis que iniciaram e concluíram a participação nos encontros da oficina terapêutica.

3.3.1 O contato com as mulheres participantes da pesquisa

O contato com as mulheres se deu da seguinte forma: inicialmente foram contatados os profissionais do CAPS para que indicassem mulheres acima de 40 anos que manifestavam algum tipo de dificuldade nas interações com a equipe e tratamento proposto. Essas mulheres foram convidadas a participar de uma oficina terapêutica e do estudo. A operacionalização da participação delas na oficina está descrita no item sobre a oficina terapêutica. Os encontros com as participantes foram gravados pelo dispositivo de gravação do celular, após consentimento, resultando em um registro fidedigno (*ipsis litteris*) das conversas, conservando tanto os registros das palavras (significantes) como as expressões.

3.4 A escolha do local e a produção do cenário social

A Rede de Saúde Mental do Município de Campo Grande-MS é composta por seis Centros de Atenção Psicossocial, sendo quatro CAPS III, um CAPS álcool e drogas IV e um CAPS Infante-Juvenil. O local escolhido foi um CAPS III, que recebe pessoas moradoras de duas grandes regiões do município sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

A unidade é composta por uma equipe multidisciplinar: 04 Psiquiatras, 03 Psicólogas, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Assistente Social, 01 Farmacêutica, 02 Enfermeiras e 03 Técnicos de enfermagem; e uma equipe administrativa: 01 gerente, 01 apoio a gerência, 02 recepcionistas, 01 copeira, 02 encarregados de

serviço de limpeza. Os profissionais que atuam no CAPS são, em sua maioria, efetivos da Secretaria de Saúde.

O CAPS eleito é uma unidade de referência para o atendimento e acompanhamento ambulatorial interdisciplinar de pessoas acima de 18 anos, com diagnóstico de transtornos mentais severos e persistentes, que tem como objetivo ampliar e consolidar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O CAPS acolhe os usuários e seus familiares, sobretudo os que necessitam de acompanhamento integral. Essa unidade foi inaugurada em 02 de agosto de 2007 como CAPS II, sendo o primeiro do município; em abril de 2016, foi reinaugurado como modalidade CAPS III, funcionando 24 horas por dia com 10 leitos de abrigamento (hospitalidade diurno/noturno) e cerca de 800 atendimentos por mês.

Ao chegar ao local, as pessoas são atendidas sem necessidade de encaminhamentos e passam por entrevista de acolhimento por um integrante da equipe multiprofissional; posteriormente, é agendada a construção do PTS por um outro profissional da equipe. As pessoas sempre passam por dois profissionais de saúde nesse primeiro processo. Caso haja necessidade, são encaminhadas para avaliação médica, podendo ficar abrigadas por alguns dias no local ou retornar para suas residências com medicamentos (se prescrito pelo médico) e um plano terapêutico de atividades com a equipe do CAPS. Podemos visualizar essas ações no Quadro 1.

Quadro 1: Ações, serviços e procedimentos realizados no CAPS III.

<p>Ações</p> <p>Serviços</p>	<p>e</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista de acolhimento; - Projeto Terapêutico Singular (construído pelos Técnicos de Referência do CAPS: Terapia Ocupacional, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, Enfermagem, Farmácia); - Tratamento; - Consultas; - Orientação e Dispensação de Medicamentos; - Oficinas Terapêuticas; - Psicoterapia; - Manejo de Crise; - Visitas Domiciliares e Institucionais; - Atendimento Familiar; - Matriciamento com Serviços da Rede;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de Articulação Intersetorial; - Abrigamento, que consiste em breve processo de internação, com hospitalidade diurna e noturna.
Procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Confira a Lista de Procedimentos adotados neste Serviço, conforme a Portaria 854/SAS/2012 (RAAS): - Acolhimento Inicial; - Acolhimento Diurno e Noturno-Hospitalidade; - Atendimento Individual e em Grupo; - Atendimento Familiar; - Acompanhamento Domiciliar; - Práticas Corporais e Expressivas; - Atenção às Situações em Crise; - Ações de Reabilitação Psicossocial; - Promoção de Contratualidade; - Ações de Articulação em Rede Intra- e Intersetoriais; - Fortalecimento do Protagonismo; - Matriciamento de Equipes de Atenção Básica; - Matriciamento de Pontos de Atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência; - Ações de Redução de Danos.

Fonte: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/caps-ii-jardim-vitrine/>, 2021.

Este estudo foi desenvolvido em um local conhecido pela pesquisadora, que, mesmo antes do início da pesquisa, já havia se aproximado do serviço e dos profissionais ao acompanhar atividades de aulas práticas, estágios, projetos de extensão e pesquisa com acadêmicos do Curso de Enfermagem, como apresentado na parte introdutória desta tese. Algumas dessas atividades em conjunto com os profissionais geraram material científico apresentado em congressos (MENDONÇA *et al.*, 2016a; MENDONÇA *et al.*, 2016b; PINTO *et al.*, 2018).

Essa parceria do serviço com a universidade também ocorreu fora do CAPS por meio de projeto de extensão no qual os frequentadores puderam viver “aluno por um dia”⁴, participando de aulas práticas de primeiros socorros, curativos e higienização das mãos nos laboratórios da universidade. Ainda

⁴ Reportagem: aluno por um dia <https://www.ufms.br/pacientes-do-caps-sao-alunos-por-um-dia-na-enfermagem/>

colaboraram no planejamento e execução de eventos festivos. Esse período de convivência proporcionou a criação de um vínculo afetivo com os profissionais, o que facilitou a construção de um espaço de confiança e de colaboração mútua tanto no atendimento às pessoas que frequentam o CAPS, como no acompanhamento e orientação da equipe aos acadêmicos.

Diferente do local do estudo, a criação do cenário social da pesquisa permite o envolvimento afetivo dos participantes e do pesquisador, o que é definido por González Rey (2005) como a construção do cenário social de produção dos sentidos, mostrando que a relação estabelecida auxilia as pessoas a empreender transformações significativas em seus espaços relacionais. O cenário social representa a parte essencial do processo de pesquisa, pois é uma etapa importante para o desenvolvimento do tecido relacional que permitirá o caráter dialógico da pesquisa. Seu objetivo é fazer com que os participantes se constituam como sujeitos no processo de investigação (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

O cenário social construído para os encontros da oficina terapêutica está descrito mais detalhadamente no item “Operacionalização, funcionamento e o cenário construído na oficina terapêutica”, página 87.

3.5 Instrumentos

É definido por instrumento toda situação ou recurso que permite ao outro expressar-se no contexto que caracteriza a pesquisa. Representa apenas a via pela qual o pesquisador estimula e provoca a expressão do outro, não o obrigando a responder ao estímulo produzido. Apoia-se em expressões simbólicas diferenciadas das pessoas, devendo envolvê-las emocionalmente, o que facilitará a expressão de sentidos subjetivos. Não segue uma regra padronizada de construção, pois isso não é essencial para produzir o sentido das pessoas analisadas (GONZÁLEZ REY, 2005). Dessa perspectiva, “os instrumentos se tornam simples indutores da expressão livre da subjetividade dos participantes, recursos criativos para conseguir a expressão comprometida das pessoas” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 333).

Eles não podem ser usados de forma isolada, mas articulados a outros instrumentos de modo a se alcançar as informações sobre o que está sendo pesquisado, não tendo uma quantidade exata de instrumentos a serem utilizados. Utilizamos para esta pesquisa os seguintes instrumentos que apoiam essa teoria:

a) Análise Documental

A análise documental é geralmente utilizada em pesquisa na sua fase inicial de investigação, quando se busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões de interesse e que contribuem na caracterização dos participantes (LÜDKE; ANDRE, 1986). Para este estudo, a busca documental ocorreu somente após o término dos encontros ocorridos na oficina, justamente para não caracterizar precocemente as mulheres participantes e colocá-las em condições de igualdade, reforçando a ideia de que o encontro da pesquisadora era com as mulheres e não com a doença mental.

Foram analisados os seguintes documentos dos prontuários: ficha de acolhimento inicial, Projeto Terapêutico Singular (PTS), prescrição de medicamentos, relatórios de evolução clínica, ficha de abrigamento e outros documentos preenchidos pelos profissionais do CAPS.

b) Entrevista

As entrevistas são advindas de uma conversa sem formalidades norteadas por perguntas sem uma sequência rígida, caracterizada por relativa flexibilidade, inclusive com novos questionamentos formulados no seu decorrer (MINAYO, 2013). Para esse estudo, utilizamos o instrumento de entrevista com os profissionais de saúde do CAPS e com os familiares das mulheres participantes que contribuíram para a complementação da análise na construção da informação.

Essas entrevistas se deram eventualmente com um familiar de cada uma das três mulheres que autorizaram a entrevista com sua família, sendo: uma irmã, uma filha e um namorado, porém foi utilizado para a construção da

informação somente a fala de um familiar entrevistado. As informações que depreenderam destas entrevistas foram importantes para a compreensão da dinâmica dos espaços sociais de convívio das participantes desta pesquisa.

Do mesmo modo, os relatos dos sete profissionais (psicóloga, enfermeira, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, médico e a gerente da unidade) que atuavam diretamente no atendimento das mulheres foram nos posicionando sobre as mudanças que foram ocorrendo no percurso desta pesquisa. Os diálogos realizados com eles subsidiaram a construção da informação.

c) Dinâmica Conversacional

Já a Dinâmica Conversacional é um processo dialógico que ocorre durante as interações com as participantes da pesquisa, o qual permite que a pesquisadora se desloque do lugar central das perguntas para integrar-se a uma dinâmica de conversação, sugerindo que as mulheres tivessem um espaço de expressão que não fosse interrompido pela pergunta (GONZÁLEZ REY, 2005). A conversação conduz a pessoa a campos significativos de sua experiência vivida, os quais são capazes de envolvê-la no sentido subjetivo dos diferentes espaços de sua subjetividade individual, expressando o “seu mundo, suas necessidades, seus conflitos e suas reflexões, processo esse que envolve emoções que, por sua vez, facilitam o surgimento de novos processos e emoções, levando à trama de sentidos subjetivos” (GONZÁLEZ REY, 2017a, p. 126).

Esse instrumento foi utilizado pela pesquisadora no espaço em que ocorriam os encontros da oficina terapêutica com as mulheres participantes. Nesse processo a pesquisadora se tornou uma provocadora para que emergisse o diálogo em uma prática profissional, sugerindo tópicos relacionados à condição do feminino e de interesses abordados por elas (GONZÁLEZ REY; GOULART; BEZZERA, 2016). Assim, o diálogo ocorre em um processo contínuo, que leva as mulheres participantes a amadurecerem suas ideias e ganharem novas possibilidades para se expressar por meio delas, o que favoreceu a emergência

da subjetividade no processo da pesquisa (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

d) Complemento de Frases

O Complemento de Frases é um instrumento que nos apresenta indutores curtos a serem preenchidos pela pessoa que o responde. Ele permite que o participante se expresse com base no que é relevante para si, pois, na realidade cada uma das frases incompletas pode levar a várias situações vividas, trazendo emoções e reflexões diferentes. Uma vez escrita pelo participante, cada frase será lida pelo pesquisador e devolvida aos autores para que comentem o que escreveram. Isso permitirá que o pesquisador faça perguntas, dando lugar a uma ou duas sessões de conversação a partir do que foi escrito nesse instrumento (GONZÁLEZ REY, 2011).

Neste estudo, utilizamos esse instrumento com 32 frases incompletas elaboradas pela pesquisadora. Foi preenchido pelas mulheres em dois momentos distintos: no início e no término dos encontros da pesquisa (APÊNDICE A). Em virtude do momento pandêmico do Covid-19, foi necessário aplicar o complemento da frase final nas residências das mulheres. Para isso foi realizado agendamento prévio e tomados todos os cuidados conforme protocolo do Ministério da Saúde.

e) Momentos informais

Pela dimensão comunicacional e dialógica da Epistemologia Qualitativa, as informações obtidas na informalidade têm a mesma legitimidade daquelas obtidas durante o processo formal. Esses momentos informais geralmente são criados a partir das relações espontâneas com os participantes ou da interação com os instrumentos da pesquisa (ROSSATO; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2018).

Os momentos informais sempre ocorriam no início e ao final das oficinas terapêuticas. Nos encontros a pesquisadora organizava um ambiente para um café e as mulheres traziam alimentos como bolo, chipa e frutas para agregar ao momento. Os diálogos informais ocorriam em torno desse café (figura 1).

Figura 1: Lanche trazido pelas mulheres



Fonte: Própria

Outro momento informal foi o uso do aplicativo *WhatsApp*⁵ para facilitar a comunicação e os recados durante a semana. Nem todas as mulheres tinham acesso a essa tecnologia pelo celular, razão pela qual foi inicialmente usado somente como recados. Posteriormente, e com a chegada da pandemia Covid-19, essa via de comunicação se tornou mais intensa com a participação diária de quatro ou cinco mulheres (conforme disponibilidade de acesso à internet). Na pesquisa de Vivot *et al.* (2019), o aplicativo do WhatsApp se mostrou um recurso rápido e fácil de troca de mensagens, o que facilitou o diálogo entre os participantes durante o processo do estudo.

f) Uso de Instrumentos expressivos não escritos: desenhos, imagens, pinturas, colagens, música, dança etc.

As expressões simbólicas não escritas são as imagens, desenhos, contos, músicas e filmes que facilitam a expressão de trechos de informação por meio de indutores que envolvam a produção de sentido e a produção da conversação, facilitando a expressão do sujeito. Com ele, busca-se a expressão das percepções das participantes no contexto do seu adoecimento mental, com a finalidade de gerar informações diferentes da palavra, facilitando a construção de informações fornecidas nas conversações e estimulando a expressão subjetiva (GONZÁLEZ REY, 2005). Vários desses instrumentos expressivos foram utilizados nesta pesquisa, como podemos ver mais detalhadamente no Apêndice B.

⁵ É um programa de troca de mensagens instantâneas pela internet, permitindo a formação de grupos que possibilita a comunicação entre as pessoas (WHATSAPP, 2021).

g) A oficina terapêutica como estratégia metodológica para a criação de um campo educativo em uma perspectiva transformadora

Como já mencionado nesta tese, as oficinas terapêuticas são espaços de produção de subjetividade conduzidos por meio de diálogo, e proporcionam a construção de vínculo que vai sustentar a relação de cuidado, o que favorece expressões de criatividade e faz emergir emoções, sentimentos, reflexões, percebidos e retomados a cada encontro. Elas visam a valorização do coletivo, prevendo momentos de interação e troca a partir de uma horizontalidade, e quebrando uma linha de poder na construção de um saber inacabado. Ademais, vai possibilitar “a conquista ou reconquista dos usuários em relação à sua interação na sociedade com autonomia e reconhecimento de um cidadão” (IBIAPINA *et al.*, 2017, p. 4), processo definido pela construção do vínculo que vai sustentar a relação de cuidado.

Para González Rey e Mitjans Martínez (2017), as oficinas são consideradas promissoras estratégias de formação educativa, devendo ser delineadas com base em perguntas que estimulem os participantes ao diálogo e à produção de ideias. Também, com uso apropriado da linguagem e dos materiais artísticos expressivos utilizados nas oficinas terapêuticas (PHILIPPINI, 2018), gera-se um espaço onde o aprendizado por meio da comunicação e a expressão dos sentimentos acontece.

Usando os princípios da teoria da subjetividade e a metodologia construtivo-interpretativa, foi proposta uma oficina terapêutica como espaço de diálogo, de produção de novos sentidos subjetivos e de novas formas de aprendizagem. Para as atividades da oficina, algumas linguagens artísticas e técnicas arteterapêuticas foram utilizadas (APÊNDICE B), dando ênfase ao uso do bordado a fim de materializar a expressão de seus desejos, angústias, emoções, sentimentos e sofrimentos, favorecendo a reflexão no enfrentamento daquilo que lhe provocam desajuste emocional em suas vidas. Essa oficina, intitulada “Bordando a Vida”, recorreu ao bordado em tecido xadrez e ao ponto vagonite por ser de fácil manuseio e visualização, explorando a habilidade motora das participantes.

Historicamente, as mulheres se reuniam nas casas umas das outras aos fins de semanas ou nos finais da tarde para conversar e bordar. Nesses encontros, chamados “rodas de bordado”, umas ajudavam as outras compartilhando cores de linhas e moldes, auxiliando na escolha das cores e tecidos, e também contavam histórias e dialogavam sobre os momentos que estavam vivendo (BRUN; BLASI, 2016).

O bordado é um trabalho delicado e minucioso que promove o desenvolvimento psicológico dos envolvidos, pois requer capacidade de planejar e de organizar, e desenvolve a coordenação motora, atenção e memória, os quais são amalgamados por aspectos afetivos e, à medida que o bordado acontece, são trazidos assuntos que proporcionam condições para os debates e a aprendizagem.

Philippini (2018) reitera que o ato de bordar requer ritmo e atenção para a sequência e para o desenvolvimento de movimentos complexos. Além de requerer das participantes atitudes de concentração e administração do tempo e espaço, bordar em grupo estimula a tessitura de redes de solidariedade e, sobretudo, leva os envolvidos a aprender a atribuir valores aos pequenos resultados obtidos no percurso.

Nos fios e nas cores encontramos novas formas de registrar os afetos, partilhar as habilidades recém-descobertas e experimentar decisões, tanto nas combinações das cores como nas escolhas dos desenhos. Um dos desafios permanentes do bordado é a necessidade de desmanchar, refazer ou fazer de outra forma para prosseguir, assim como nos impõe o cotidiano da vida. Então, a compreensão de que o bordado pode ser um ato libertador passa pelo reconhecimento da autoria da mulher na produção artístico-cultural e dos saberes a ela associados (BRUN; BLASI, 2016, p. 337).

Partindo de novas formas de educação e orientação em saúde para as mulheres em sofrimento mental, a oficina terapêutica “Bordando a Vida” veio fortalecer os relacionamentos por meio do vínculo e do diálogo, favorecendo a inclusão e a autonomia dessas mulheres na medida em que elas aprenderam a lidar com seus problemas e sofrimentos.

Por tanto, os objetivos dessa oficina são similares ao enunciado pela teoria da subjetividade quando enfatiza o caráter dialógico da psicoterapia, na qual o diálogo dos encontros é conduzido por hipóteses sobre a configuração subjetiva dos transtornos mentais, com “o objetivo do indivíduo se tornar sujeito de sua experiência no curso desse processo e seja capaz de gerar processos de desenvolvimento subjetivo”. As hipóteses “constituem-se em instrumentos para facilitar a emergência do sujeito e o empreendimento de novos caminhos de vida” (GONZÁLEZ REY; GOULART; BEZERRA, 2016, p. 57).

Caracterização das mulheres participantes da oficina terapêutica

Os participantes desta oficina foram mulheres atendidas por um CAPS III que, após avaliadas, foram indicadas pela equipe de profissionais de saúde do serviço como aquelas que apresentavam maiores dificuldades no processo de reabilitação social.

Os critérios de inclusão para a participação na oficina foram: mulheres com idade acima de 40 anos com diagnóstico médico de Transtorno Mental, acompanhadas pelos Técnicos de Referência (TR) do CAPS, com interesse e disponibilidade de participar uma vez por semana da oficina e do estudo. Os critérios de exclusão foram: mulheres não acompanhadas pelos TR que frequentam o serviço somente para atendimento ambulatorial e que não atendem a um ou a mais de um dentre os critérios citados acima. Os TR indicaram 18 mulheres, das quais 06 se interessaram e aceitaram participar.

O convite da pesquisadora partiu do princípio da valorização do potencial e da capacidade dessas mulheres em sofrimento mental de conseguir participar de uma atividade educativa. A seguir, estão descritas algumas informações sobre as participantes da oficina:

⁶Nina

Tem 59 anos, branca, evangélica, ensino fundamental incompleto, natural de Campo Grande-MS; pai morreu quando criança (9 anos), foi criada por patroas

⁶ Identificadas com nomes fictícios para preservar o anonimato.

e, aos 20 anos, ficou órfã de mãe (câncer). Da união dos pais, teve sete irmãos, dos quais dois já faleceram. Teve quatro irmãos por parte de pai, mas nunca teve contato. Aos 10 anos foi morar e trabalhar na casa de 'patroas', local onde, aos 12 anos, foi molestada sexualmente pelo 'patrão'. Esse episódio a fez mudar de casa e ir trabalhar na casa do filho da 'patroa', retornando para a casa da sua mãe aos 17 anos. Tem uma filha de 37 anos e seis netos (uma neta foi para adoção e um foi natimorto); teve relacionamentos afetivos com homens, mas nunca se casou. É doméstica e passadeira, porém, no momento, não tem emprego formal. Faz tratamento para transtornos mentais desde os 47 anos no ambulatório da Santa Casa. Em 2019 foi abrigada no CAPS após um desmaio no ônibus. Quando teve alta, foi morar na casa da irmã caçula. No prontuário estava anotado que, em 2017, o diagnóstico médico foi episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, mudando em 2019 para demência não especificada e, recentemente, no ano de 2020, para transtorno afetivo bipolar.

Bella

Tem 57 anos, negra, ateia, natural de Salvador-BA, ensino superior completo, filha de pai agressivo e alcoólatra e mãe esquizofrênica. Tem uma irmã dos mesmos pais e teve sete irmãs e dois irmãos por parte de pai (somente quatro irmãs vivas atualmente). Tem duas tias, um tio e uma prima (todos por parte da mãe) com diagnóstico de esquizofrenia. Aos 18 anos, no início da vida sexual com o namorado, foi estuprada por um homem desconhecido. Após um mês, estava grávida da filha, o que gerou dúvidas sobre a paternidade. Casou-se com o então namorado, mas se separou após três anos. Após 17 anos sem relacionamentos, teve outro namorado, por ela apresentado como "psicopata". Aos 34 anos formou-se em Serviço Social e chegou a atuar como consultora na área administrativa de empresas. Aos 41 anos iniciou tratamento para depressão e fibromialgia. Devido à perda de auxílio financeiro, mudou-se para Campo Grande em fevereiro de 2019 para morar na casa da filha (hoje com 37 anos) e com a nora, motivo dos primeiros conflitos e sofrimento. O primeiro contato com o CAPS foi no dia 05 de abril de 2019, e dias depois, em 11 de abril de 2019, foi abrigada devido a tentativa de suicídio. O segundo abrigamento ocorreu entre os dias 22 de maio e 04 de junho de 2019, com plano de suicídio. Atualmente é acompanhada pela psicóloga (sua Técnica de Referência) e pela médica

psiquiatra do CAPS. No prontuário, em 11/04/2019, foi registrada a seguinte classificação para o transtorno mental: episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos; em 04/06/2019, foi acrescentado fibromialgia e, em 26/03/2020, transtorno de personalidade histriônica.

Estela

Tem 51 anos, branca, muçulmana, ensino médio incompleto, natural de Campo Grande-MS. São quatro irmãos, um de cada pai. Seu nascimento foi uma traição da mãe com um amigo da família, pois o pai estava tendo um caso com a mulher desse amigo. O pai que a registrou era alcoólatra. A mãe separou-se e logo engravidou de outro homem. O então padrasto era violento e, aos 8 anos, ela começou a ser molestada sexualmente por ele; em decorrência disso, entrou em puberdade precoce aos 9 anos de idade. Ela e os irmãos foram entregues aos cuidados da avó materna. Aos 14 anos, envolveu-se com um rapaz e engravidou; sob pressão, sua mãe a convenceu de fazer um aborto. Aos 15 anos engravidou novamente, casou-se e ficou casada com o primeiro marido por 11 anos; teve a primeira filha e depois se divorciou. O segundo relacionamento (ele já é falecido) durou oito anos e dele nasceu a filha caçula. O terceiro relacionamento do qual não teve filhos, durou 11 anos. Está separada há sete anos e, desde então, não se relacionou com outra pessoa. A filha caçula tem 33 anos e tem três filhos (7 e 6 anos e um bebê de 4 meses). Estudou até o ensino médio, mas não o completou. Morava em uma cidade turística, onde trabalhava como artesã confeccionando pinturas do Pantanal. Reportou várias tentativas de suicídio; e o desejo de comprar compulsivamente a levou a contrair dívidas. Chegou ao CAPS por encaminhamento médico no início do ano de 2019 e passou a residir junto à filha na capital do estado. Anteriormente, morava sozinha em uma cidade do interior deste mesmo estado, período em que iniciou o tratamento de transtorno de humor. No CAPS foi diagnosticada com episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos e transtorno de personalidade com instabilidade emocional.

Luna

Tem 45 anos, é parda, católica, natural de Porto Murtinho-MS, tem ensino fundamental incompleto; são sete irmãos dos mesmos pais. O pai morreu de

câncer de estômago há 22 anos e a mãe está acamada devido a um Acidente Vascular Encefálico. Existe um conflito familiar com o irmão que cuida da mãe, pois ele fica com o dinheiro da pensão do pai, que era militar. Quando estava com 17 anos, engravidou, casou-se e parou os estudos (fundamental incompleto). Continua casada com a mesma pessoa, tem três filhos (dois homens e uma mulher); um deles é casado e os outros dois moram com ela. Sempre trabalhou cuidando do lar, porém, antes de adoecer, estava ajudando no comércio da nora (loja de roupas). Procurou ajuda médica no dia 20 de março de 2019, iniciando tratamento medicamentoso. No CAPS, o acolhimento ocorreu no dia 22 de abril de 2019, com relatos de insônia, dificuldade para cuidar da casa e de si mesma, sem disposição para trabalhar. Dificuldade de se relacionar com as outras pessoas, de se comunicar ou se expressar. É acompanhada pela Assistente Social (Técnica de Referência) e médica psiquiátrica. No prontuário do dia 17/06/2019 seu transtorno foi classificado como episódio depressivo moderado.

Anne

Tem 45 anos, parda, frequenta o templo das Testemunhas de Jeová, ensino médio incompleto; nasceu em Rondônia, morava com o pai e avô na infância, mas, aos 2 meses, a mãe a roubou do pai e a registrou com o nome do padrasto em Campo Grande-MS. Pouco tempo depois, recebeu uma carta dizendo que o pai morreu assassinado. Tem uma irmã por parte de mãe. Foi molestada pelo tio aos 11 anos de idade. Casou-se aos 18 anos com um homem alcoólatra que a agredia fisicamente. Ficou casada por 19 anos e está separada há cinco anos; tem dois filhos, um de 20 e outro de 23 anos. Trabalha como copeira e doméstica; no momento, porém, não está conseguindo serviço devido ao seu estado mental. Sua primeira crise foi aos 18 anos após perder o primeiro filho (recém-nascido), que ficou em coma por dois meses após o parto. Aos 20 anos iniciou o tratamento na Santa Casa, onde teve várias internações psiquiátricas. Em 2019 foi abrigada no CAPS; ao ter alta em agosto de 2019, foi morar com a mãe e o padrasto. Após três meses morando com a mãe, resolveu morar com o namorado, porém não ficou muito tempo, pois os netos do namorado (usuários de drogas) começaram a incomodá-la. Mudou-se, então, para a casa dos filhos. No

prontuário do CAPS, em 2016, o transtorno foi classificado em transtorno afetivo bipolar não especificado e, em 2020, esquizofrenia paranoide.

Lucila

Tem 45 anos, negra, católica, ensino fundamental completo; nasceu em Mundo Novo-MS, cursou segundo grau incompleto e trabalhou como doméstica. O pai morreu em acidente de ônibus quando ela tinha 5 anos e Lucila perdeu a mãe aos 23 anos, por problemas no coração. Teve 10 irmãos, dois já falecidos. Uma irmã tem epilepsia. Atualmente mora com uma irmã e com os sobrinhos. Aos 24 anos, teve o primeiro surto psicótico, disse: *“Deu hemorragia de menstruação, daí me pegaram e internaram na Santa Casa”*. Após esse episódio, passava períodos perambulando a esmo pelas ruas da cidade ou internada no setor de psiquiatria da Santa Casa ou no Hospital Psiquiátrico. Após o início do atendimento e tratamento no CAPS, em 2014, não precisou mais ser internada. Em 2016 ficou abrigada no CAPS por três semanas e, em 2019, ficou um mês. O prontuário classifica seu transtorno como esquizofrenia paranoide, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, apesar de que nega o uso de outras substâncias tóxicas além do cigarro.

Operacionalização, funcionamento e o cenário construído na oficina terapêutica

A oficina teve início no dia 16 de agosto de 2019 e fim no dia 11 de março de 2020, contando com 25 encontros, que ocorreram entre agosto e dezembro de 2019 (08:00 às 10:00 horas), com recesso de fim de ano, e de janeiro a março de 2020 (14:00 às 16:00).

Foi usada a sala coletiva do CAPS para os encontros da oficina terapêutica. Trata-se de uma sala ampla, medindo aproximadamente 25m², janelas pequenas no alto da parede com cortina de persiana, porta de vidro, pouca iluminação, ar-condicionado, duas mesas retangulares medindo três metros cada, cadeiras de ferro almofadadas, armários decorados para a guarda de materiais artísticos. Nas paredes há vários quadros construídos pelos

pacientes; no canto da sala, encontram-se amontoados objetos e materiais recicláveis.

Apesar de a oficina terapêutica ocorrer em uma sala fechada, era frequente ouvirmos as músicas tocadas na rádio (FM) ao lado de fora, no espaço de convivência das outras pessoas frequentadoras do CAPS. Algumas músicas eram ouvidas com agrado pelas mulheres; outras vezes, porém, foi pedido para que diminuíssem o volume.

A oficina terapêutica também era visitada uma vez ou outra pelos Técnicos de Referência das mulheres, que gostavam de ver a construção e evolução das atividades realizadas. A copeira do CAPS também interrompia gentilmente a oficina, trazendo frutas e lanches. Essas interrupções eram sempre vistas com muito afeto pelas mulheres, que aproveitavam para exibir o bordado realizado até o momento.

Para Rossato, Mitjás Martínez e Martins (2014), construir o cenário social da pesquisa é similar à construção de um cenário de teatro com todos os seus materiais artísticos (luzes, cores, cenário), permitindo estabelecer uma relação comunicacional entre os atores e os espectadores. Sendo assim, é um convite aos participantes para que subam ao palco e sejam protagonistas, descrevam, narrem, exponha suas histórias, seus sentimentos, suas alegrias e tristezas, seus sonhos e decepções. Portanto o cenário da pesquisa não é estático, mas configurado por relações envolventes dos participantes.

Seguindo esse raciocínio, ao chegarem ao local, as mulheres participantes da oficina eram recepcionadas pela pesquisadora com abraço de boas-vindas, o que as estimulava a fazer o mesmo com as outras participantes. Essa ação foi capaz de criar um envolvimento afetivo entre elas e a pesquisadora. Os lugares disponíveis para sentar ao redor da mesa eram livres, porém, com o passar dos encontros, cada uma já se identificava com o seu local preferido.

A cada início da oficina era oferecido uma atividade artística que trazia sempre um tema para que emergisse o diálogo antes da distribuição do material para o bordado. As temáticas trabalhadas compreenderam, por exemplo, a história de vida e o contexto atual de vida das mulheres; o autoconhecimento; a

dimensão do “cuidar”; as estratégias de enfrentamento aos fatores psicológicos que interferem no desempenho social e familiar; a rede de apoio; e as vivências geradoras de saúde. Porém, outros temas, ora trazidos pelas mulheres, ora provocados pela pesquisadora, foram surgindo no decorrer das atividades, conforme cronograma (APÊNDICE C). Os temas de conversação estavam relacionados a aspectos emocionais das histórias vividas dessas mulheres, e aos poucos os sofrimentos foram aparecendo de formas diversas, ou pela fala, ou por meio dos materiais artísticos trabalhados.

Para o desenvolvimento dessa oficina, seguimos a ideia da Teoria da Subjetividade, ressaltando que, por meio da psicoterapia, existe a possibilidade de que

novas configurações subjetivas emerjam, de modo que as pessoas possam se posicionar de forma ativa, como sujeitos de suas experiências. Entretanto a mudança não implica a garantia de estabilidade desse novo processo. Por isso, devemos acompanhar por certo tempo o curso da mudança, até termos elementos que sustentem a hipótese de que esse novo caminho esteja efetivamente em desenvolvimento (GONZÁLEZ REY; GOULART; BEZERRA, 2016, p. 56).

Ao final de todo o fazer criativo, as participantes eram estimuladas a observar seus trabalhos, refletindo sobre seus significados e percebendo o processo desde o primeiro momento da representação artística. E no encerramento, abraçavam-se no formato de um círculo e relatavam os sentimentos suscitados no encontro; logo em seguida, davam um beijo de despedida no rosto, seguindo o círculo – primeiro do lado direito e depois do lado esquerdo. E, por último, um abraço individual dizendo: “*Que bom que você veio*” Esses atos provocavam sensações de acolhimento e carinho, e reforçavam as relações afetivas entre elas, o que podemos visualizar nas explicações de Bella e Estela para uma profissional de saúde:

Bella: A gente se reúne, se abraça e a nossa tutora (pesquisadora) pergunta “como a gente está se sentindo depois da aula, como foi estar hoje aqui”. Depois temos um momento de relaxamento abraçadas e aí passa para a sessão de beijo, que é uma roda que gira em volta. A gente se abraça e diz da satisfação de estar aqui, hoje uma com a outra. E nós nos abraçamos! O beijo é de acordo com a roda, agora o abraço é uma a uma. E aí, saímos energizada e pronta para enfrentar o mundo lá fora.

Estela: Eu não gosto de ser tocada, mas espero por este beijo toda a semana.

3.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa está em consonância com os procedimentos éticos da pesquisa com seres humanos conforme dispositivos legais, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), sob o CAAE 15561119.1.0000.0021, parecer nº 3.458.557. A aplicação dos instrumentos e sua respectiva gravação só foram iniciadas após o aceite dos participantes por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma para a guarda da pesquisadora e outra para as participantes.

O tempo dispendido para responderem à entrevista foi a única solicitação feita aos familiares e profissionais de saúde para a participação neste estudo. Para as mulheres, os riscos estavam associados a prováveis lembranças desagradáveis que ocorreram durante ou após os encontros da oficina terapêutica. Foi acordado anteriormente entre as participantes e a equipe que, caso isso ocorresse, elas seriam encaminhadas para atendimento do seu Técnico de Referência do CAPS; essa conduta, no entanto, não foi necessária.

Foi assinado o Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados para garantir a proteção dos elementos contidos nos prontuários das participantes. Os subsídios utilizados foram as histórias escritas na ficha de acolhimento, a condução do PTS, a prescrição de medicamentos, os relatórios de evolução realizados pelos profissionais e outros documentos relevantes para a pesquisa.

4 A CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

*Não haverá borboletas se a vida não passar
por longas e silenciosas metamorfoses*

Rubem Alves

O processo de construção das informações ocorreu no decorrer da pesquisa, inspirado no modelo teórico fundamentado na Teoria da Subjetividade, na perspectiva cultural-histórica, com um grupo de mulheres em sofrimento mental atendidas em um CAPS. Assim, organizamos a apresentação desta produção em três eixos temáticos os quais possibilitaram gerar inteligibilidade sobre os sentidos subjetivos associados à experiência das mulheres envolvidas no processo deste estudo.

4.1 Eixo Temático 1: O movimento da política de saúde mental na subjetividade social das participantes da pesquisa

O primeiro eixo temático aborda a configuração da subjetividade social do serviço de assistência à saúde mental oferecido pelos CAPS, que implica as experiências e nas expressões das mulheres em sofrimento mental participantes desta pesquisa. Na perspectiva do referencial teórico deste trabalho:

Toda experiência toma sentido subjetivo a partir de seus efeitos colaterais sobre uma pessoa ou grupo, efeitos esses que não estão na experiência, mas naquilo que a pessoa ou grupo produz no processo de viver essa experiência, a que se organiza nas configurações subjetivas específicas que emergem desse processo (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 31).

Por esse prisma, podemos dizer que, nesse serviço de saúde mental, os espaços de diálogos são limitados, o que dificulta a participação das pessoas nas decisões que envolvem o seu tratamento. Assim como a pesquisa de Goulart (2017, p. 115), "a expectativa é de que a compreensão complexa desse fenômeno possa favorecer a abertura de caminhos institucionais alternativos voltados ao desenvolvimento subjetivo e à cidadania" das pessoas atendidas pelo CAPS. Neste eixo temático, portanto, é elucidada a maneira como os CAPS se pautam na lógica biomédica.

O CAPS III no qual a pesquisa foi realizada está localizado em um dos maiores territórios do município, com alta procura da população por assistência, apresentando sobrecarga de trabalho e conseqüente demora no atendimento. Verifica-se uma limitação na assistência, pois muitas pessoas que chegam geralmente estão apenas à procura de consulta médica/psicológica, ou apresentam problemas mentais considerados “leves” pela equipe, que podem ser tratados pelos profissionais das unidades básicas de saúde. Depois dessa primeira avaliação, elas serão ou acolhidas pelo Centro ou encaminhadas para outros setores, como clínicas-escola dos cursos de medicina e psicologia das universidades.

Está localizado em uma região residencial, descaracterizando o modelo de isolamento apresentado pelos antigos hospitais psiquiátricos. Seu espaço físico de funcionamento é bem semelhante a uma casa com uma varanda grande, salas decoradas com trabalhos manuais dos próprios usuários, cozinha, área externa; permanecendo com suas portas abertas durante todo o período de funcionamento, só fechando à noite por motivos de segurança. As pessoas têm livre acesso ao seu espaço, seja para atendimentos ambulatoriais, acolhimento, atendimentos individuais e atividades grupais, seja para conversar informalmente entre si enquanto esperam por suas atividades.

Quanto à infraestrutura do CAPS, trata-se de construções de alvenaria, com tijolos à vista e boa pintura externa, com amplos espaços interno e externo arejados que permitem a circulação das pessoas, composto por dois prédios separados por uma varanda. No primeiro prédio encontram-se a sala de espera e recepção, dois consultórios, dois cômodos que servem como dormitórios para o abrigo de pessoas (um grande com seis camas e outro pequeno com três camas), sala da enfermagem com um leito de emergência, farmácia, banheiros (um feminino e um masculino, com chuveiro). No segundo prédio, há uma sala coletiva, sala de reuniões, sala dos técnicos de referência, sala da gerência, sanitários e dormitórios para funcionários, almoxarifado e cozinha.

Existe uma varanda coberta que liga os dois prédios. Esse local conta com uma sala-ambiente com sofá, mesinha de centro, TV e aparelho de som (geralmente fica ligado durante o dia com músicas ou sincronizado nas rádios),

quatro mesas retangulares utilizadas tanto para atividades artísticas como para as refeições, armário com jogos e revistas, quadros nas paredes de autoria de pacientes, cadeiras, sofás e uma mesa de *ping-pong*.

Apesar dos espaços estarem de acordo com as estruturas mínimas recomendadas pelo manual de estrutura física dos CAPS (BRASIL, 2013,) um dos indicadores levantados é a pouca conservação da ambiência desses espaços no CAPS. Na sala coletiva reservada para ocorrer a oficina desta pesquisa, materiais recicláveis e artísticos se encontravam acumulados nos cantos da sala, juntamente com objetos quebrados e outros materiais amontoados, o que prejudica a estética do lugar.

Figura 2: Sala coletiva do CAPS onde ocorriam as atividades da oficina.



Foto: própria

Além disso, só existe um banheiro masculino e um feminino para toda a demanda populacional do serviço, com livre acesso aos frequentadores, tanto os que estão abrigados, como os que vêm para consulta/acolhimento/atividades, gerando filas para o uso, sobretudo no banheiro das mulheres. Isso gera uma situação de constrangimento, em especial para as mulheres idosas que apresentam incontinência urinária, como observado na fala da Nina: “*Quero ir ao banheiro, mas se eu chegar lá e tiver uma fila quilométrica? Eu não vou conseguir segurar o xixi.*”

O local onde se encontra o banheiro é movimentado pois ali transitam diferentes pessoas; está instalado em um corredor que liga a porta da frente com a porta da varanda, e acomoda os quartos, a recepção, os consultórios e a farmácia. Por preocupação das pessoas se trancarem, as portas não têm chaves ou trancas, portanto qualquer pessoa pode abrir a porta e tirar a privacidade dos que estão fazendo seu uso. Ficou expressa na fala de uma das mulheres a preocupação com as condições de uso do banheiro; partindo dela também uma sugestão para que esse desconforto deixasse de existir.

Bella: Então, uma de nós ficava na porta quando a outra estava no banheiro, em vigília, principalmente para banho. Fiz a sugestão na assembleia que podia fazer uma separação na entrada. Porque se alguém entrasse de repente não veria quem estava no vaso ou no box. Foi anotado, mas não saiu do papel. Ainda levei o nome de intrometida porque acharam que pedi para fazer um banheiro separado para pacientes (abrigados) tomarem banho, o que na verdade era o correto.

Registra-se o protagonismo de Bella quando se manifestou, na assembleia junto aos profissionais do CAPS, sobre a situação precária das instalações, revelando a sua indignação e motivando-a a produzir críticas e sugestões para contribuir com a solução do referido problema, nesse caso, assumindo a posição de agente (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 73). As formas de organização do espaço, entretanto, são indicadores da cultura do lugar, como relata Pérez-Goméz (2001):

Os ritos, os costumes, as formas de organizar o espaço e o tempo, os consensos não discutidos, as ideias onipresentes, as expectativas não-questionadas, os interesses inconfessáveis, os códigos aprendidos e reproduzidos de forma mecânica, os roteiros subentendidos...são todos elementos fundamentais de cada uma das culturas e da rede específica que se articula no cruzamento delas, cujo influxo real no inter-relacionamento e na construção de significados é mais poderoso quanto mais imperceptível (p. 18).

É fundamental que os projetos arquitetônicos e de ambiência dos CAPS promovam relações e processos de trabalho em consonância com a RAPS, caracterizada pela atenção humanizada, substituindo o modelo asilar pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade, e que garanta uma boa qualidade do cuidado (BRASIL, 2013). Pois a mente não está separada do corpo, assim como a pessoa não está separada do ambiente em que vive.

Por causa do silêncio das outras participantes sobre a organização do espaço de atendimento do CAPS, infere-se que a precariedade das instalações não tenha sido observada por elas, uma vez que o trabalho proposto estava em evidência, atendendo-as em suas expectativas. Outro aspecto a se considerar é que os direitos à moradia digna foram desprezados pela condição de extrema pobreza, gerando, com isso, a naturalização das diferentes formas de expressão da desorganização, justificando em certa medida o referido silêncio. Essa análise se inspira nas observações que realizamos no período da pandemia Covid-19, quando foi realizada a visita domiciliar para a realização do complemento de fala final.

Observou-se um indicador de que existe fragilidade no acompanhamento das questões clínicas de saúde e evolução de saúde mental das mulheres pela equipe do CAPS. Esse serviço parece manter pouco diálogo e vínculo com a rede de atenção primária e de urgência e emergência. Para aquelas que frequentam as atividades semanalmente, a oferta dos cuidados básicos à saúde é inexistente ou desconsiderada; não há acompanhamento da equipe quanto a resultados de exames realizados em outros locais dentro da rede de saúde e nem auxílio para agendamento de consultas clínicas em outros estabelecimentos. Um dos exemplos é o relato sobre a dificuldade que as mulheres participantes encontram na hora de agendar dentista ou médico clínico, o que pode ser evidenciado no diálogo abaixo ocorrido na oficina:

Lucila: Esses dias eu fui no posto marcar para ver o meu dente, cadê? Não tinha vaga, não tinha nada!

Luna: Perto de casa eles marcam somente na quinta-feira.

Estela: Lá perto de casa você nem dorme, vai direto ao posto.

Lucila: Não tem médico no meu posto.

Pesquisadora: Lucila, quanto tempo você está com tosse?

Lucila: Faz tempo, mais de mês.

Pesquisadora: Você já falou para a sua técnica de referência?

Lucila: Já falei, mas ela só fala assim: “tem que marcar médico no posto para ver essa tosse”. Mas está sem médico lá! Ninguém resolve.

A escuta sistemática sobre os problemas de saúde ou situações de risco social é precária e as dificuldades poderiam ser sanadas se houvesse acompanhamento da saúde física e das necessidades humanas por parte dos profissionais da rede de saúde. Em que pese a preocupação da equipe quanto aos cuidados iniciais realizados no momento do acolhimento das participantes

da pesquisa, quando são realizadas a anamnese e a prescrição dos medicamentos, observou-se a descontinuidade do acompanhamento dessas condutas terapêutica em relação aos aspectos psicossociais que envolvem as pessoas que frequentam esse serviço. Cita-se como exemplo o fato de que a equipe do CAPS, ao realizar o PTS, não constrói suas condutas terapêuticas em conjunto com as participantes e suas respectivas famílias. Soma-se a isso a falta de registro da evolução clínica das atividades realizadas nesse projeto, conforme as orientações da Portaria n. 3.088/23, de dezembro de 2011.

Somente uma das mulheres participantes (Luna) frequentava uma proposta das atividades do PTS, que deixou após o início desta pesquisa, com a introdução da oficina de bordado. Já no caso da participante Anne, após o período de abrigo, foi proposta sua inserção em uma das oficinas do CAPS, mas ela nunca a frequentou. A participante Bella conversava com a psicóloga pelos corredores e vendia artesanato feito com material reciclável na feira promovida pelo CAPS (feito por ela). Lucila frequentava o CAPS em período integral, porém não havia atividades programadas para ela, e nem o PTS constava do seu prontuário; no entanto, ela tomou a iniciativa de ajudar a copeira do Centro na venda de roupas usadas do bazar. As participantes Nina e Estela não sabiam quem eram suas Técnicas de Referência, conforme relata Estela quando cantou a música do Zeca Pagodinho: “*nunca vi, nem comi, eu só ouço falar.*” Neste trecho do diálogo, observa-se a fragilidade do acompanhamento dos profissionais de saúde:

Pesquisadora: Estela, está é a Maria. É enfermeira igual à sua Técnica Referência.

Estela: Sim. Eu vejo a minha técnica igual eu vejo dinheiro, de vez em quando (risos).

Pesquisadora: Quem é sua técnica de referência, Lucila?

Lucila: Não é a Juliana? Emília? Precisa ver para mim, quem ficou no lugar daquela doutora Emília?

Enfermeira: Então, é a Carol, mas a Carol já saiu também daqui do CAPS. Mas se você quiser você pode me procurar para que eu te ajude.

No diálogo anterior, a enfermeira, diante da rotatividade dos profissionais, demonstra a sua preocupação em contribuir para a melhora da saúde mental ou de outros problemas que surgem, como forma de tamponar as lacunas presentes na organização dos atendimentos nesse campo. Essa situação se agrava

mediante a fragilidade do sistema de saúde mental e impacta a dinâmica desses serviços. Somado a isso, os profissionais que indicaram as participantes desta pesquisa não acompanharam o processo de evolução dos trabalhos, delegando a competência de cuidados à pesquisadora.

O estudo de Pinho, Souza e Esperidião (2018) aborda as deficiências na quantidade e qualidade da infraestrutura, dos recursos humanos e materiais, da qualidade nos processos de trabalho do CAPS; e, ao expor as fragilidades no funcionamento da RAPS, revela uma dissonância da proposta de desinstitucionalização, principalmente no que diz respeito ao acolhimento, ao projeto terapêutico singular e à territorialização.

Diante do exposto, o conjunto de informações sobre o CAPS, com sua infraestrutura, organização e dinâmica precárias, mostra o indicador de um espaço que mobiliza a expressão de sentimentos relacionados com as vivências de abandono e desamparo das participantes desta pesquisa, apontando deficiências no processo de trabalho e insuficiência de profissionais compatíveis com a demanda do serviço.

As atividades para as pessoas que ficam abrigadas no CAPS merece atenção em decorrência de suas práticas baseadas no senso comum, pois, na maior parte do tempo, não há atividades planejadas, mas a oferta de jogos ou de materiais artísticos (folhas de papel impressas desenhadas para pintar) em um ambiente aberto e comum, sem privacidade, demonstrando a presença da lógica do entretenimento, contrapondo-se à a proposta da Reabilitação Psicossocial, segundo a qual "cuidar não é entreter" (SARACENO, 1996).

Em italiano, entretenimento significa duas coisas. Significa entreter dançando, entreter cantando, entreter bebendo, com uma boa música, enfim, diversão. Na sua raiz latina, entretenimento, também significa manter dentro. É aí que está o desafio da reabilitação. Entreter para manter dentro, pode ser manter dentro da hospitalização, dentro da cultura psiquiátrica, que no lugar de produzir saúde reproduz enfermidade. Então, a reabilitação é essa conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro, para reproduzir a lógica que nunca termina, manter a lógica da enfermidade, tornando-se cúmplice deste tipo de entretenimento. Devemos tomar outra direção. Podemos ser os que rompem com esse entretenimento (SARACENO, 1996, p. 18).

Dessa maneira, algumas das ações que o serviço desenvolve se afastam do processo de desinstitucionalização, como observado nas conversas com as participantes durante os encontros, sobre o diagnóstico médico e as medicações que mudam de acordo com o julgamento clínico, sem, no entanto, que elas participem dessa discussão. As mulheres não têm conhecimento das medicações de que fazem uso e nem de seu diagnóstico. *“Falaram que eu tenho isso, mas eu não sei o que significa”*, nunca ninguém explicou ou, se explicou, elas não conseguiram compreender o que era de fato.

Não conseguem entender por que precisam tomar uma quantidade grande de remédio ou por que os médicos mudam tantas vezes os seus medicamentos. Isso demonstra uma deficiência na conduta médica, ao orientar quanto aos horários, forma correta do seu uso, indicações e principalmente, os efeitos terapêuticos ou colaterais. Esse indicador é corroborado pelo seguinte diálogo das mulheres em uma dinâmica conversacional ocorrida durante o momento em que bordavam na oficina:

Estela: Você sabe o que a psiquiatra falou para mim quando cheguei aqui? Você não olha a bula do remédio [...] então eu tô perdida! Desde que eu comecei a fazer o tratamento, há seis anos, eu já passei por um monte de medicação.

Luna: A médica mudou meu remédio de novo. Mudou ontem.

Bella: O que é que você vai usar agora?

Luna: Não lembro, não sei. Eu tomava 35 mg, depois passou para 70, agora 150. Ela mandou eu tomar metade de um outro, mas eu não durmo. Então eu tomo o comprimido inteiro.

Pesquisadora: Ela trocou ou aumentou? Eu não entendi.

Luna: Teve um que ela aumentou, mas eu não lembro.

Bella: Sabe o que estou fazendo? Eu só posso dizer aqui, porque eu sei que você (pesquisadora) não vai me julgar. Sabe o remédio que me inchou o pé? Só estou tomando um por dia.

Pesquisadora: O medicamento que inchou o seu pé?

Bella: A pregabalina. Mas é ele que está me dando esta vitalidade para eu trabalhar. Aí eu fiz assim: vou tomar o primeiro dia, o segundo dia, se eu ver que começa a inchar meu pé, eu paro de novo.

A falta de informação sobre a gravidade, os efeitos dos remédios, o grande volume de comprimidos e os diferentes horários para tomar os medicamentos contribui para a má compreensão e não continuidade do tratamento. Faz-se necessário destacar a relevância dos indicadores apresentados acima no processo de aprendizagem das participantes. Por esse motivo, é essencial que as barreiras de comunicação entre os profissionais, em

destaque o médico e o enfermeiro, sejam rompidas, para superar a relação entre o saber científico e a necessidade da pessoa em conhecer melhor sua condição de saúde. Pois, ao melhorar o diálogo e a informação, a pessoa sente segurança e autonomia para decidir e assumir suas escolhas, considerando suas dimensões subjetivas, culturais e sociais.

No decorrer da oficina de bordado, ficaram evidentes os momentos em que os profissionais são questionados pelas mulheres em relação à medicação, demonstrando existir uma certa resistência por parte dos médicos em mudar o que já está prescrito. Com isso, as mulheres acabam fazendo testes em si mesmas para saber qual a reação das medicações no organismo, e fazem uso somente das medicações que consideram lhe fazer bem. Na fala seguinte, uma delas denuncia uma fragilidade importante do serviço que precisa ser revista.

Bella: Além de servir para a depressão, a Amitriptilina também serve para enurese, eu li a bula, então ela retém a urina. Eu sinto que ela retém minha urina. Eu mesma faço testes comigo. Eu parei de tomar e voltei a urinar normal. Eu já falei com a doutora. Eu falo toda consulta, ela não muda.

Pesquisadora: E o que você fez?

Bella: Aí eu voltei e começou de novo. Ontem eu fiquei impaciente, pois eu sinto vontade de urinar e não sai. Eu falei com a doutora que reação medicamentosa igual a mim, ninguém tem. Sabe aquele zero, zero, um (0,01), eu tenho! Então a indústria farmacêutica generaliza: tem esquizofrenia é esse, tem transtorno depressivo é esse, ansiedade é esse. Eu tô tomando a pregabalina, a amitriptilina e o clonazepan. Os três juntos não bateram legal, e aí, eu que me estrepei.

Pesquisadora: Sem falar dos efeitos colaterais.

Bella: Que eu chamo de defeitos colaterais.

As mulheres relacionam esses “defeitos colaterais” (BELLA) desagradáveis com: aumento de peso após o início do tratamento; dificuldade de concentração em realizar atividades simples do dia a dia; perda de memória e dificuldade para lembrar os nomes das pessoas ou de objetos; agitação psicomotora relacionada com tremores corporais e rigidez na musculatura; problemas do sistema gastrointestinal como constipação, náusea, diarreia e dor; retenção de líquidos, polidipsia (aumento da sede) e sonolência.

Além dos efeitos colaterais, as mulheres também falam sobre os resquícios do coquetel de medicamentos que dificultam o retorno das atividades cotidianas, como o trabalho: *“eu queria já poder ir trabalhar, mas, como eu tomo*

esses remédios fortes aí, a doutora falou para mim que eu não posso trabalhar ainda”; ou rompem com planejamentos e sonhos futuros, por exemplo, voltar a estudar: “Agora é mais difícil. Esses remédios não me deixam concentrar”.

O uso de medicamentos está configurado na subjetividade dos participantes da pesquisa como sendo a principal terapêutica que visa sanar ou amenizar o sofrimento gerado pelos danos decorrentes do processo de adoecimento. Assim, concordamos com Veras (2017, p. 94) quando afirma que

A medicalização está configurada na condição subjetiva da pessoa que sofre o adoecimento psíquico e na subjetividade social dos processos de saúde e doença nos espaços em que a pessoa está inserida. A configuração subjetiva social da medicalização mostra-se estreitamente articulada a uma compreensão biomédica do sofrimento psíquico. A patologização do sofrimento psíquico, o recurso técnico da medicação para alívio dos sintomas e, especialmente, o anestesiamento e supressão das angústias existenciais são expressões que coadunam com a lógica medicalizante na forma de conceber e enfrentar o sofrimento psíquico.

Em que pese a centralidade do uso de medicamentos nas situações mencionadas, as participantes da pesquisa reconhecem os limites dessa terapêutica, já que elas não se coadunam com as suas necessidades pessoais e laborais, tornando-os vilões na sua vida. Sobre isso, vale salientar as contribuições de Dantas (2009, p. 564):

O uso abusivo de medicamentos na atualidade parece ser um dos traços significativos de nossa cultura ocidental, na qual impera a convicção de que o mal-estar, bem como o sofrimento de todo gênero, deve ser abolido a qualquer preço. A medicalização da vida tem se tornado cada vez mais, na sociedade ocidental moderna, um dos caminhos mais eficientes e rápidos para amenizar o sofrimento psíquico e os problemas que nos assolam cotidianamente. Neste sentido, o psicofármaco aparece como uma solução técnica para eliminar nossas inquietações, diante de uma sociedade que nos impõe a necessidade de estar na condição de felicidade permanente.

As mulheres relatam que o uso contínuo da medicação psicotrópica provoca a diminuição da eficácia do medicamento, fazendo com que o corpo se acostume com os ativos e provoque um efeito rebote no organismo, necessitando aumentar cada vez mais o volume das doses ou trocar para algo mais forte para fazer o efeito desejado.

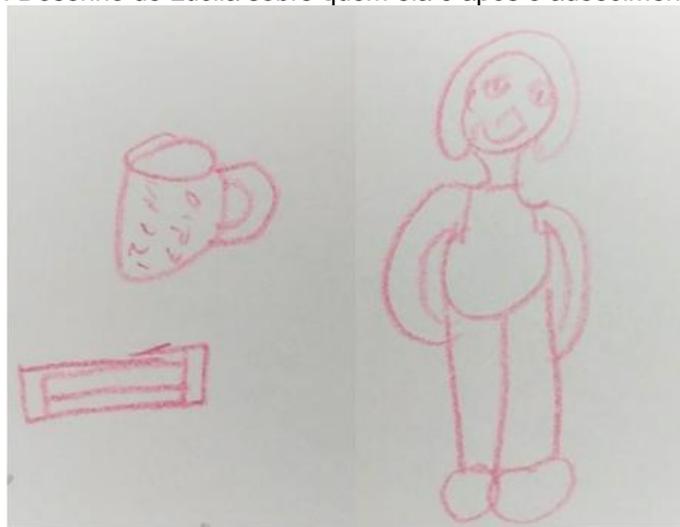
Estela: A medicação está fazendo efeito? Sinceramente, não. Dizer que eu tô deitando e dormindo tranquilamente, eu não tô.

Certo tempo atrás, eu deitava e desmaiava. Então tem hora que sinceramente o remédio é igual água para afogado. Eu não vejo muito resultado.

Tais posicionamentos das mulheres sobre a relevância do uso de medicamento remetem às percepções de Goulart (2017) quanto à “resistência à subjetividade social manicomial que implicitamente coloca a pessoa atendida no lugar de um consumidor passivo de medicamentos”. Avançando nessa reflexão, esse consumo passivo, a mudança frequente da prescrição de medicamento, a ausência de serem ouvidas e a necessidade de investir financeiramente na compra de medicamentos são fontes geradoras de angústias, mobilizadas pelo medo e preocupações com a efetividade das drogas para o tratamento.

Foi sugerido, em uma das atividades artísticas, que as mulheres desenhassem “o que ela gostaria de me dizer sobre ela naquele momento”. Lucila se expressou através do desenho abaixo.

Figura 3: Desenho de Lucila sobre quem ela é após o adoecimento mental



Fonte: Própria

Lucila: Professora, desenhei quem sou eu agora. Desenhei eu ao lado de uma caixa de remédio e uma xícara com água para tomar o remédio, que eu tenho que tomar todos os dias.

Pesquisadora: Fala um pouquinho mais sobre isso para nós.

Lucila: Porque assim, antes quando eu não tomava remédio nenhum, eu era saudável, eu dormia tarde, ficava assistindo TV e levantava tarde. Depois que eu fiquei doente, não sei mais o que é dormir até às 7 ou 8 horas da manhã. Não tenho mais cabeça para isso. Acho que por causa da doença.

Pesquisadora: Você já foi internada?

Lucila: Já. Estava em casa e minha irmã falou: nós vamos no hospital. Eu pensei assim: o que eu vou fazer no hospital se eu tenho remédio em casa? Chegando lá, era para me internar. Eu

ia brigar? Se eu brigasse, eles iam me amarrar 24 horas. Eu não achei certo isso! Me senti desconsiderada. Foi no Sanatório. Eu disse: o que é que estou fazendo aqui? O médico sem fazer exame me diagnosticou com problema de cabeça. Eu pergunto para os médicos até hoje: que problema de cabeça eu tenho? Uma hora fala que é depressão, mas aí eu curei da depressão, agora falam que é esquizofrenia, não é professora? Aí que tá! Eu queria ter uma certeza, para quê eu estou tomando estes remédios? Estes remédios são indicados para problemas de cabeça mesmo ou para outra coisa?

Lucila, ao desenhar quem ela era naquele momento, expressa a centralidade do uso de medicamentos, e conta a sua trajetória desde a sua primeira internação no hospital psiquiátrico, onde sua vida passa a ser norteadada pela existência do transtorno mental. Também identifica as variações e imprecisões dos diagnósticos psiquiátricos apresentados a ela pelos seus médicos. Esse fenômeno psicológico descrito está presente na subjetividade social dos serviços de saúde mental, os quais não consideram a constituição dos citados transtornos na configuração subjetiva daquele que vivencia os danos gerados na experiência da trajetória da sua vida. Em consonância, Martinhago (2017) afirma que antes de ser estabelecido um diagnóstico de transtorno mental, o sofrimento psíquico precisa ser avaliado de forma minuciosa, conhecendo o contexto e a história de vida da pessoa.

Nos encontros, as mulheres discutiam sobre os diagnósticos médicos atribuídos e o fornecimento das medicações pelo SUS, o que causava certa irritação pela dificuldade em adquirir a medicação prescrita. Essa realidade representa um comprometimento financeiro para a família, pois é necessário desembolsar dinheiro da renda familiar para a continuidade do tratamento prescrito pelo médico. É o que se percebe no diálogo que ocorreu entre uma das participantes e dois profissionais em momentos diferentes:

Pesquisadora: Você comprou a medicação?

Estela: Olha, eu consegui comprar só uma, a outra não consegui. Lá onde morava, eu recebia de graça pela Casa da Saúde. Então veio o meu processo para cá. Mas a médica que me atendeu aqui não quer me passar para a Casa da Saúde.

Terapeuta Ocupacional (TO): Não, não, não. Uso de Quetiapina normalmente faz o processo de alto custo.

Estela: Então, ela falou assim: eu só posso te passar se você for "bipolar". Ela acha que não sou bipolar. Mas eu sou bipolar!!

TO: Essa é uma conduta médica, né professora?

Estela: Agora o outro doutor daqui que me prescreveu a Quetiapina me ajudou a comprar mais barato. Ele me explicou

que eu poderia comprar 2 caixas de 25mg, ao invés de 50mg. Sai mais barato.

TO: Mas a medicação psiquiátrica é assim. Ela é diferente daquela para dor de cabeça, para a febre, ela é aquela que a gente vai ajustando, né professora?

Estela: Agora eu não sei como vai ser, ontem eu tomei o último comprimido, e eu não tenho dinheiro para comprar. Eu não entendi, para eu pegar a Quetiapina, eu preciso ser diagnosticada como bipolar, algo que está no meu prontuário, mas eu já estou tomando Quetiapina!

Em outro momento, conversamos sobre esse mesmo assunto com o farmacêutico do CAPS.

Pesquisadora: Aproveitando que você veio aqui na oficina, será que consegue resolver sobre o remédio da Estela?

Farmacêutico: Qual remédio?

Estela: Quetiapina.

Farmacêutico: Você não pega na Casa da Saúde?

Estela: Não, porque o médico tem que me diagnosticar como bipolar. Foi feita a transferência da farmácia da cidade onde eu morava para a Casa da Saúde aqui, mas a mulher me falou: “para pegar o remédio tem que ser diagnosticado como Transtorno Afetivo Bipolar”. Eu tenho o diagnóstico de bipolar! Mas eles aqui no CAPS não querem me dar esse diagnóstico. Mas me prescrevem a Quetiapina. Não entendo!

Observa-se, nessa conversa, que em ambos os momentos, apesar da escuta, não há resolução para a demanda da mulher, mas justificativas para a conduta médica, demonstrando que não há uma relação de troca de saberes entre os profissionais da equipe. Ademais, as mulheres parecem ter encontrado na oficina um espaço para verbalizar diferentes situações vivenciadas, dentre as quais destacaram as dificuldades na organização dos serviços do CAPS, que ora adota como referência a prescrição de medicamentos com base na imprecisão dos diagnósticos, ora promove a instabilidade da eficácia da terapêutica assumida. Essa contradição está engendrada nas configurações subjetivas de Estela, que é reconhecida pelo grupo de participantes e gera sofrimento em decorrência da situação dessa trama institucional.

Somado a essa situação, essas mulheres deixam de tomar a medicação ou não usam as doses nos horários determinados como estratégia para economizar dinheiro. No entanto, elas reconhecem a importância do uso de remédios para o controle dos sintomas similares àquelas situações de crises vivenciadas no quadro inicial. Essa compreensão demonstra que as participantes possuem recursos subjetivos para o enfrentamento dos danos

gerados pela fragilidade da saúde mental. Como exemplo disso, as dificuldades dos efeitos adversos e os benéficos que o uso correto do medicamento pode proporcionar foram apresentadas no diálogo facilitado pelas oficinas, conforme o relato que se segue:

Pesquisadora: Percebi que na semana passada você estava triste. Como foi essa semana?

Luna: Essa semana estou bem. Lavei até o meu carro, coisas que eu não fazia há muito tempo. Não estou tomando mais remédio para dormir, tem dia que eu tomo, tem dia que não. Eu acordo dopada.

Pesquisador: Você percebeu melhora depois que parou?

Luna: Estou dormindo melhor. O remédio me deixava ruim.

Bella: Posso contar uma coisa para você? Sei que vocês não irão me reprimir. Tem 15 dias que eu parei de tomar remédio.

Pesquisadora: Parou todos os remédios, Bella?

Bella: Só estou usando o de dor. Eu estava com crise de estômago, aí tinha que tomar para o estômago, aí dava enxaqueca, aí tomava para dor de cabeça. E resolvi parar tudo. Não aguento mais! Agora por favor, ninguém me acompanhe nessa não, viu. Eram muitos “defeitos colaterais” e a médica, ela é maravilhosa, mas é teimosa. Ela não me ouve.

Entretanto a falta de resolutividade no tratamento vivenciado pelas participantes as coloca em situação de instabilidade, agravando, com isso, o seu estado de saúde, uma vez que elas se veem presas pela ausência de medicamento, levando-as ao uso incorreto deles. Dessa forma, a culpabilização desse processo é atribuída a elas e, assim, o medicamento se torna um instrumento de controle.

O remédio, então, vai assumindo os espaços nas relações familiares, paulatinamente integrando-se à subjetividade social do grupo, como “instrumento mágico” para a resolução dos problemas enfrentados em decorrência da dinâmica gerada pelo sofrimento de seu familiar. Assim, na esperança de maior controle sobre a situação danosa, os familiares se preocupam com o tempo de eficácia do medicamento e auxiliam na lembrança dos horários de administração, como se observa no diálogo das participantes:

Bella: O pior é as pessoas falarem: “reage, vamos!!” E quando começa a tomar o remédio, três dias depois a pessoa pergunta: já está boa? Já melhorou?

Ane: Única coisa que a minha família pergunta é: você tá bem?

Estela: Perguntam: você tomou o remédio?

Nina: Você já tomou seu remédio?

Ane: Já tomou o das duas horas? Daí eu falo: mas eu não tomo remédio às duas horas. Só tomo à noite!

A centralidade do uso de remédios para o controle dos comportamentos que subvertem a norma demonstra como o “manicômio” e suas práticas psiquiátricas ainda permanecem entranhadas na subjetividade social do grupo, demonstrando que a lógica do transtorno mental é conveniente sobretudo para as indústrias farmacêuticas. Para Goulart (2017, p. 66), antes as práticas medicamentosas eram utilizadas dentro dos hospitais psiquiátricos, e hoje, em razão do “lucro crescente da indústria farmacêutica e à manutenção de uma lógica que associa cuidado da saúde à eliminação de problemas sintomáticos”, é consumido espontaneamente e adquirido “quase com a mesma naturalidade que um item da cesta básica”.

No percurso das oficinas, foi observada mudança do sentido subjetivo em relação à centralidade da medicação no processo de tratamento, pois há reconhecimento de que ele pode ser coadjuvante junto com as demais práticas terapêuticas, conforme a explicação de Bella:

Bella: Eu preciso me fortalecer, independente de pensar em medicamento, porque tudo hoje eu “vou tomar remédio que vai melhorar”. Não! Isso é um artifício, que um dia pode ser que não sirva mais né! Não quero aumentar a quantidade ou mudar para um remédio mais forte. Eu quero tomar conta do meu rumo, quero aprender a ficar saudável.

Em que pese o esforço da proposta de reabilitação psicossocial dos CAPS para superar a concepção reducionista sobre o transtorno mental, (quando se reduz o ser humano a essa condição), ainda não se avançou suficientemente para proporcionar condições necessárias de os participantes criarem novas formas de subjetivação para as situações às quais estão expostos. Isso demonstra que o processo de construção de políticas públicas que visam o cuidado e a assistência à pessoa em sofrimento mental ainda é insuficiente para assisti-la em suas necessidades, posto que ainda ocorrem a centralidade na patologização da assistência e a ênfase em terapias medicamentosas, conforme o seguinte relato:

Bella: Então a médica, na alta, disse para eu vir ao CAPS quando eu me sentisse angustiada. Aí eu vim, e a profissional responsável pelo acolhimento no dia não quis me acolher. Ela nem me ouviu! Falei que vim aqui porque não estava bem. Ela

respondeu: “não tem vaga e, se tivesse, eu não te abrigaria e nem vou falar com o médico”. E me deixou! Ela falou no meio de todo mundo, não foi comigo sozinha. E me deixou, me abandonou! (silêncio e choro). Eu fiquei vagando pela rua, me sentindo um nada. Sabe aquele dia que você tá assim, eu colocava a mão na cabeça e falava: “eu vou enlouquecer, eu tenho que me matar senão vou enlouquecer”. Aí eu fui pra casa e fiz o quê? Me dopei, tomei 40 gotas de Clonazepan, dobrei a amitriptilina. Então eu falava tanto que o CAPS era meu oásis. Sabe quando você está com uma perna quebrada e precisa andar com a muleta e a muleta cai e você fica sem saber como vai andar? Pois é, foi assim que aconteceu. Eu não quero usar o CAPS como muleta, mas eu não estava bem e não fui acolhida.

A promessa não cumprida da proposta do CAPS de ofertar o apoio colateral para que Bella não vagasse pelas ruas com o sentimento de desamparo demonstra o quanto se precisa investir na mudança da subjetividade social desses espaços, conforme preconiza a política de saúde mental, que incentiva o diálogo articulado entre os profissionais. Portanto é necessário se atentar para a qualidade da comunicação que se estabelece entre os envolvidos, extrapolando as dimensões individuais das participantes. Registre-se que a atual política do serviço de saúde mental orienta a necessidade do estreitamento de vínculo e do diálogo como recurso terapêutico entre as famílias, participantes e profissionais implicados na dinâmica institucional.

Considerando Bella como diapasão da organização dos serviços ofertados pelo CAPS, pode-se concluir que o que fundamenta o tratamento, o cuidado e o atendimento ainda é o modelo biomédico centrado no psiquiatra e na medicalização dos sintomas. Podemos dizer, portanto, que “o domínio do saber biomédico elimina o sujeito da “patologia”, [...] ao diagnosticar pessoas por meio de manifestações de tristeza, sem atentar àquele que as vivencia” (OLIVEIRA; GOULART; GONZÁLEZ REY, 2017, p. 253). E que a fragmentação das ações desse serviço reflete o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental do SUS que, desde 2015 recebe poucos investimentos em todos seus setores, o que leva à precarização desse modelo e ao retorno do modelo anterior, cuja ênfase é na terapêutica centrada na perspectiva manicomial, predominante na história dos serviços de saúde mental.

4.2 Eixo temático 2: As configurações subjetivas e ocorrência da subjetivação do feminino no entorno dessas mulheres

Por meio da análise das histórias contadas pelas participantes da pesquisa enquanto teciam os fios dos bordados na oficina, foi possível identificar os sentidos subjetivos gerados a partir dos sofrimentos que decorreram do processo de adoecimento mental. Dentre os fatores implicados no percurso, encontram-se os aspectos relacionados com a condição do feminino, como perimenopausa, menopausa, o lugar da mulher na família e as situações de violências expressas em diversos formatos, colaborando com a produção social do estigma referente ao transtorno mental.

A subjetividade é constituída nas relações sociais das quais a pessoa é parte como um ser simbólico-emocional com possibilidades de alterar a situação e transformar-se desde que oferecidas condições de vida apropriadas para tal. González Rey e Mitjáns Martínez (2019, p.15) ensinam que a subjetividade

é compreendida como a capacidade humana das emoções adquirirem um caráter simbólico, levando à formação de novas unidades qualitativas que constituem uma definição ontológica diferente dos fenômenos humanos, sejam eles sociais ou individuais; essas unidades expressam-se nos conceitos de sentidos subjetivo e configurações subjetivas.

Dessa forma, os valores, crenças, expectativas e atitudes estabelecidas entre as mulheres na oficina de bordado expressam a qualidade das relações construídas, as quais integram a subjetividade social das participantes. Um exemplo são os estereótipos sobre o transtorno mental e a produção da incapacidade que lhes são atribuídas no curso da história, trazendo para a discussão uma visão errônea e muitas vezes pejorativa sobre o assunto. Exemplos: *“é que tem gente que tem medo de trabalhar com pessoas com transtornos mentais, pois tem medo de ser agredida ou fazer qualquer outra coisa” (Bella).*

Esse é um indicador de que elas têm conhecimento limitado sobre o assunto, o que resulta em um processo de exclusão, segregação e despersonalização dessas mulheres. Tais pensamentos retardam a busca por ajuda adequada, consolidam julgamentos de impotência e levam a equívocos, os quais podem ser detectados pelos profissionais que integram as unidades de

tratamento de saúde. Essa situação pode ser percebida no seguinte diálogo das mulheres:

Anne: Eu achava que a depressão era frescura. As pessoas criticam os outros sem saber.

Bella: A discriminação é total. Para quem tem problema psiquiátrico e psicológico é total. Às vezes a fala não incomoda tanto como as atitudes discriminatórias. Isso é mil vezes pior do que te negar algo. Eu já falei para a minha filha, que é enfermeira: você não me ofende quando diz que não vai me dar algo, você me ofende quando me olha como se eu fosse NADA! Como uma doente mental. É nesse momento que dói. Eu acho que a gente consegue ser lúcida, fazer as coisas, sair sozinhas. Então para as pessoas, é difícil conceber o que passa na mente da gente, o que a gente sente, porque somos lúcidas.

Estela: Tem horas que eu me sinto uma FRAUDE! As pessoas me veem brincando, rindo, conversando, acha que tá tudo bem. Eu acho que minha filha, ela não aceita que eu seja fraca. Que hoje eu estou doente. Porque eu sempre demonstrei para ela que eu sou uma pessoa forte. Mas eu não encontro mais essa força dentro de mim. Então fica aquela sensação de fracasso.

A conversa expressa como o “transtorno mental” está configurado na subjetividade social das participantes como “frescura, fraqueza”, gerando sentimento de inferioridade e, com isso, aprofundando o estigma que ele gera. Pode-se dizer que o transtorno mental é um fenômeno que se dá dentro de um contexto, dentro de uma cultura, e é marcado por preconceitos que vêm dos diversos atores e contextos sociais e o seu diagnóstico gera danos para as pessoas que o recebem. Seus efeitos iatrogênicos provocam situações incapacitantes, aprofundando o sofrimento das envolvidas (GONZÁLEZ REY, 2007).

O conceito gerador de danos refere-se às consequências que os sintomas patológicos causam, os quais impedem o ser humano de “produzir novos sentidos subjetivos ante à condição que lhe afeta” (GONZÁLEZ REY, 2007, p. 158). Esses danos começaram a ser percebidos ainda na infância e adolescência em suas casas ou no ambiente escolar. Essa concepção das pessoas que sofrem com alguma alteração psíquica agrava ainda mais o sofrimento quando percebe que esses sentimentos não são compreendidos por seus familiares ou pessoas próximas, e perduram na vida adulta.

Em encontros com datas diferentes, as mulheres trouxeram para o grupo histórias de suas infâncias relacionadas ao que sentiam ou como se

comportavam nas relações com as pessoas, associando o seu passado ao sofrimento mental.

Estela: Eu não era aquela criança modelo, diferente da minha irmã, que era perfeita. Eu era a ovelha negra da família. Mas eu sempre fui a sombra. Então quando vinham familiares, eu ia para o canto. Quer dizer que desde a minha infância eu já sabia qual era o meu lugar. Não era junto deles ali, porque eles se sentiam meio incomodados com a minha presença. Então eu era uma sombra. A doença em si é desde a infância. Só que na época depressão era falta de um tanque de lavar roupa, era falta do que fazer, era preguiça, então eu tinha que mascarar essa minha situação. O isolamento mental era muito grande. Então, desde que me entendo por gente, que tenho essa doença. Mas de 7 anos para cá, ela colocou a cara para fora, e explodiu.

Bella: Aqui sou eu criança. Na verdade, aqui foi antes do entendimento de que tinha a doença. Desde criança eu sempre fui diferente. Eu pegava as cadeiras juntava tudo e ficava embaixo da mesa deitada. A minha mãe me chamava e eu estava em outro mundo, era como se eu não ouvisse. E na escola eu era muito tímida. Então eu sofri, o que hoje chamam de *bullying*.

Os relatos trazem sofrimento e dificuldade relacional que afetam a saúde mental dessas mulheres desde a infância, se naturalizando em seu convívio familiar e social, possivelmente pelo próprio desconhecimento sobre o assunto ou por desqualificar atitudes como falta de vontade, diminuição de humor, isolamento social, entre outros. Assim, o sofrimento decorrente dessa condição é central nas configurações subjetivas das participantes, impedindo que gerem alternativas saudáveis diante das experiências vividas.

Esse é um indicador de que os serviços de saúde precisam estar atentos e envolvidos com a saúde da sua comunidade, principalmente por meio da educação em saúde, considerando a singularidade das pessoas e de seus diferentes grupos sociais quanto ao seu processo de desenvolvimento.

A educação em saúde proporciona criação de vínculo entre as pessoas, oportunidades de discussão e reflexão sobre as condutas terapêuticas através das trocas de vivências e experiências, construindo uma relação de cuidado e preservação da vida e incentivando a pessoa a ser protagonista do seu próprio cuidado, além de salientar que, na experiência do sofrimento, produzimos

“afetos, reflexões e posições diante do cotidiano, que se integram na configuração do vivido no dia a dia” da pessoa (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 61).

Em determinado momento da oficina, a pesquisadora trouxe sua experiência com a depressão no início de uma gravidez e sobre as alterações de humor e de vontade como uma estratégia para fortalecer o vínculo de confiança com as participantes, uma vez que, na perspectiva assumida nesta tese, a participação ativa do pesquisador no processo da pesquisa, interagindo por meio de suas vivências, pode ser favorável ao aprofundamento do diálogo. A manifestação de Bella exemplifica esse argumento:

Bella: É bem melhor você falar isso para nós, porque eu sei que você está falando com conhecimento de causa. Eu li um livro de um médico que disse que só passou a ajudar os seus pacientes, depois que ele falou para eles dos seus problemas. Então os pacientes começaram a ter confiança nele. E você faz parte disso aqui. E você é peça importante para a gente. E você contando a sua história, se aproximou mais da gente. A gente não te vê lá, longe de nós. Você está aqui e faz parte de nós.

Esse diálogo permitiu às mulheres falarem sobre suas dúvidas e inquietações sobre os diagnósticos e prognóstico de tratamento que elas receberam. Partindo dessa experiência, falamos sobre os efeitos benéficos e os colaterais da medicação, e de formas alternativas, mas não menos importantes, de cuidados para a melhora da saúde mental, por exemplo, os benefícios de uma boa amizade, de ouvir música, de dançar, e de conseguir falar para as pessoas sobre os seus desejos sem que fossem julgadas pelos outros.

As dúvidas sobre os transtornos mentais eram recorrentes em vários momentos durante os encontros e os diálogos estavam envolvidos em um processo entrelaçado de escutar e falar, movendo-se para frente e para trás constantemente. Muitas vezes ocorriam em forma de pergunta ou traziam algo que elas ouviam dizer e queriam compreender. Isso é um indicador da importância da educação no processo de promoção de saúde mental, o qual exigirá a produção de novos sentidos subjetivos para as vivências que decorreram da situação social de desenvolvimento das participantes. A pergunta de Estela é um exemplo desse movimento, o que abriu espaço para que a pesquisadora ampliasse o conhecimento sobre o tema em referência.

Estela: Minha depressão é intermitente, né?

Pesquisadora: Pode ser recorrente.

Estela: O que quer dizer?

Pesquisadora: É uma depressão que vai e volta. Geralmente é quando a pessoa apresenta três ou mais episódios de depressão na vida. Podem ser repetitivos e constantes.

Estela: Mas eu vou ter isso para sempre?

Pesquisadora: Na teoria, a pessoa que tem esse diagnóstico tem períodos que podem durar pouco ou muito, mas geralmente os sintomas como falta de vontade, pouco humor, choro, sempre voltam.

Estela: Pior que eu não choro, mas tenho angústia, falta de vontade de trabalhar, quero me isolar das pessoas. Ultimamente ando melhor.

Pesquisador: Temos que criar estratégias para melhorar a nossa saúde mental. Por exemplo: exercícios físicos, dormir bem, comer alimentos saudáveis, relações saudáveis entre as pessoas, continuar cuidando da autoestima. Pense, o que você pode fazer quando perceber que a falta de vontade está voltando?

Estela: Interessante. Eu não havia pensado nisso. A gente tá aprendendo aqui, né. Aqui eu posso chegar e tirar minhas dúvidas, posso falar quando eu não estou bem, rir, brincar, chorar. Isso daqui está sendo uma base para mim, para aprender sobre mim, para me encontrar como mulher, como pessoa, como indivíduo, sabe. Esse tempo que eu estou aqui, tá valendo mais do que os 50 anos que eu vivi para trás.

Esse fragmento de diálogo expressa a incompreensão de Estela sobre o que passa na sua vida e demonstra que a aprendizagem é um processo de produção subjetiva que se constitui por meio das vivências dos seres humanos, onde a cultura exerce papel fundamental (ROSSATO; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2013). Desse ponto de vista, o aprender não implica apenas assimilar um conteúdo ou uma informação, pois ele envolve outros aspectos, como a afetividade, criatividade, proporcionando condições para que as pessoas criem recursos subjetivos para enfrentar os danos gerados pela sua situação de saúde. Assim, quando Estela indaga sobre a característica de seu quadro depressivo, buscando compreender a dinâmica do sofrimento mental que lhe causa desconforto e sofrimento, e a pesquisadora lhe responde, compartilhando conhecimentos científicos sobre o assunto, fica evidente a importância do princípio educativo que deve guiar o trabalho dos profissionais que integram o CAPS.

Esse espaço social é um lugar propício para que as participantes tenham a oportunidade de estabelecer novas relações e experiências, as quais são

fundamentais para que elas possam gerar novos sentidos subjetivos e, portanto, saírem da situação de inércia. Cabe ressaltar que a educação está relacionada com o favorecimento da criação de novas possibilidades de vida, promovendo a inserção social das pessoas e o comprometimento com a mudança; e esse processo pode ocorrer em locais não formais de ensino (GOULART, 2019). O espaço da oficina proporcionou situações de aprendizagem entre as participantes e a pesquisadora e, nesse contexto, o diálogo foi fundamental para a emergência do sujeito.

É preciso considerar que não é a aprendizagem em si mesma que tem esse poder de desenvolvimento, mas, sim, o modo como ela vai se constituindo como uma configuração subjetiva, ou seja, o desenvolvimento é um processo mobilizado pela natureza dos sentidos subjetivos que são produzidos no curso da aprendizagem (ROSSATO, 2019, p.79).

Por conseguinte, a condição de ser mulher no contexto desta sociedade foi um tema explorado pelas participantes, sobretudo quando se tratou das consequências da menopausa na vida de cada uma delas. Portanto um dos indicadores de autoconhecimento foram os assuntos referentes aos sintomas experimentados pelas participantes nas mudanças hormonais que ocorrem entre a perimenopausa e menopausa.

Inicialmente, elas não tinham conhecimento sobre a flutuação dos níveis de estrogênio e progesterona no organismo feminino, os quais podem estar relacionados com as alterações de humor, ansiedade, irritabilidade, excesso de calor, suor frio, falta de disposição, insônia, dores musculares, entre outros desconfortos que acometem as mulheres, geralmente após os 40 anos. Elas tinham dificuldade para explicar o que estavam sentindo mediante as transformações de seus corpos e se surpreenderam ao tomar conhecimento de que algumas dessas alterações poderiam estar relacionadas com a perimenopausa/menopausa. Em que pese as semelhanças de sintomas geradas por esse fenômeno, as mudanças por ele geradas se configuraram subjetivamente, de forma diferenciada, em cada uma das participantes. É sabido que as crenças culturais pautadas em explicações patologizantes movimentam a dinâmica da subjetividade social dessas mulheres.

O assunto sobre a menopausa transitava em diversos momentos dos encontros. Cada dia uma mulher trazia para o grupo uma dúvida ou acrescentava uma informação sobre o assunto. As discussões eram ricas, principalmente sobre associações da menopausa com o ato sexual. As mulheres acreditam que, depois da menopausa, não irão mais sentir desejos sexuais. Isso se dá pelo fato de lhes terem sido negados os conhecimentos sobre educação sexual na adolescência ou início da fase adulta, e por, muitas vezes, terem iniciado sua experiência sexual com timidez durante o casamento. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Costa e Gualda (2008), acrescentando que as mulheres interpretam a menopausa “a partir dos conhecimentos, das crenças e dos padrões culturais que adquiriram” nas relações ao longo da vida.

Paulatinamente, as mulheres foram se conhecendo, os vínculos entre elas foram se fortalecendo; foram ampliando espaço de confiança e, com isso, as perguntas mais íntimas surgiram, como o diálogo a seguir:

Bella: Como está a vida sexual de vocês? Ainda têm desejos?

Estela: Tem médico que fala que a mulher aos cinquenta anos deixa de ser mulher, porque ela entrou na menopausa, porque não tem a libido tão acesa.

Bella: Quem disse isso? Porque as mulheres da minha família não ficam sem homem de jeito nenhum (risos).

As explicações dadas pela pesquisadora sobre o fenômeno da menopausa serviram como instrumentos mediadores para a ampliação da consciência das participantes sobre a sua condição de ser mulher na faixa etária dos 40 aos 50 anos, uma vez que rompeu com estereótipos e preconceitos que circulam no senso comum. Viabilizou-se, com isso, a produção de sentidos subjetivos sobre relação entre os sintomas da menopausa e as alterações físicas e emocionais que eles geram e como interferem na saúde mental de cada uma delas, conforme os seus argumentos sobre a necessidade de terem as informações corretas sobre esse assunto para enfrentar as consequências da menopausa e para poder administrar as suas vidas. O diálogo apresentado a seguir ilustra o argumento:

Estela: Tem horas, eu não sei se acontece com vocês, tenho uma descarga de adrenalina que praticamente me paralisa. O coração parece que vai sair pela boca e as mãos começam a tremer. Gente, é do nada. Não tem um estopim para isso.

Luna: Dá um calafrio e começa a suar.

Bella: Mas gente, ela descreveu a menopausa. Dá uma aceleração, aí parece que eu vou desfalecer, daqui a pouco seca o suor.

Estela: As mãos tremem e suam, mas eu sinto tipo um ataque de fúria. Mas sem motivo aparente, sem nada que justificasse estar com raiva. Me pergunto por que estou sentindo essa raiva toda e não sei explicar.

Pesquisadora: Algum profissional da saúde falou com vocês sobre a menopausa? Porque ela diminui a produção de hormônio e também provoca este tipo de irritabilidade.

Estela: Para mim, nunca.

Luna: Não.

Lucila: O que é menopausa, professora?

Na apropriação do processo de mudança, as mulheres questionam o fato de os profissionais de saúde, a atenção básica e a saúde mental não terem abordado a menopausa como uma característica de uma etapa da vida, ou até indicado tratamento hormonal para diminuir essas alterações. O estudo de Luz e Frutuoso (2021) com profissionais de saúde na atenção básica aponta para a inexistência de ações efetivas para as mulheres climatéricas. Esse é um indicador da ausência de atividades educativas nos serviços de saúde e da necessidade de romper com a perspectiva medicalizante dos transtornos mentais, e também uma sugestão para se adotar uma proposta de educação social.

Os sentidos subjetivos sobre os sintomas vivenciados pelas participantes foram subjetivados como “incômodo” ou como “doença limitante” uma vez que esse fenômeno vem adquirindo, ao longo da história da humanidade, significados diferentes, considerando o papel que a mulher ocupava nas organizações da vida em sociedade nas diversas culturas. Conforme destacam Costa e Gualda (2008),

O processo da menopausa era entendido como resultante de uma construção singular, estando integrado a uma rede de significados, instituídos pelo grupo, os quais condicionam o conhecimento e a vivência dentro de determinados padrões culturais, entre eles, o fato de que a menopausa significa deixar de ser mulher (p. 81).

A falta de informação sobre a condição da mulher pode ser entendida como uma forma de manter o controle social, uma vez que, na base da intencionalidade da ação, os aspectos culturais são subjetivados como verdades

absolutas e, no caso específico das participantes, os sintomas da menopausa se exacerbam e se confundem com os sintomas dos transtornos mentais.

Considerar os significados e valores que circulam em torno de temas que tensionam a vida das pessoas é essencial para promover rupturas com os conhecimentos e as crenças que estão configuradas na subjetividade das participantes. Portanto as ações educativas se apresentam como terapêuticas por permitirem ao ser humano refletir sobre a realidade vivenciada e, com isso, produzir novos recursos subjetivos para o enfrentamento da situação que ora se apresenta.

Foi tema de discussões entre as participantes da pesquisa o valor do diálogo e do cenário produzidos com base em relações de confiança e respeito às diferentes concepções sobre o feminino em todas as suas dimensões, mesmo surgindo, em alguns momentos, tensões ou dificuldade de expressão por parte de algumas participantes do grupo. No relato de Estela, pode-se perceber a liberdade encontrada no grupo para falar sobre assuntos de sexo, libido e desejo. As perguntas fluíram entre elas sobre as diferentes sensações diante do prazer sexual e sobre as interferências das medicações na redução do desejo sexual, conforme está descrito no trecho de diálogo que segue:

Bella: Me diz, nestas tuas temáticas, tem o tema “sexo”?

Pesquisadora: Depende de vocês. O que gostaria de saber?

Bella: Eu tenho estado em uma fase mais aguda, que junta a menopausa, a doença, a psique, com tudo. Eu queria saber das casadas, como é que funciona? Vocês têm apetite sexual?

Luna: Eu não tenho mais vontade. Até dele deitar comigo e me abraçar, me incomoda. Ele até reclama, deve ter outro!! (risos).

Pesquisadora: Isso faz tempo ou piorou agora?

Luna: Piorou. Não sei se falta amor? Faço sexo sem vontade.

Bella: Você já viu se não é efeito colateral do medicamento?

Pesquisadora: Quer saber se a medicação interfere na libido?

Bella: A medicação, a menopausa, as doenças? É isso que eu quero saber. Vocês se masturbam? Gente, é normal.

Pesquisadora: A mulher tem dificuldade de falar sobre sexo.

Estela: Pois é pecaminoso, é “tabu” entre as mulheres.

Bella: Quando eu estou depressiva, minha libido cai a zero.

Estela: Fiz algo contra os meus princípios religiosos e saí com uma pessoa sem casar. Desta última vez, me senti tão vazia, foi como se eu tivesse bebido água sem estar com sede.

Bella: Mas o que você culpa isso?

Estela: A minha doença!! Eu acredito que seja a depressão.

No diálogo, Bella explorava sua curiosidade em conhecer a experiência das outras mulheres sobre o desejo sexual e libido em relação à perimenopausa e menopausa e ao momento de sofrimento que estão vivendo. Esse diálogo mostrou o quanto é difícil para as mulheres essa restrição do desejo sexual devido ao sofrimento mental ou fatores biológicos, pois sabe-se que o sexo, quando realizado de forma prazerosa, acaba liberando endorfinas e oxitocinas na corrente sanguínea, o que gera bem-estar, impulsiona o humor, melhora os relacionamentos e afeta a vontade.

Desde a antiguidade, a sociedade possui regras para os prazeres sexuais femininos, usadas para reprimir os desejos da mulher, ficando o homem com controle e poder sobre ela. Foucault (2011) assinala que, no período Paleolítico, a mulher era considerada como algo divino e sua fertilidade era cultuada; com a introdução da cultura grega, a mulher passa a ocupar a posição de submissão e tinha sua sexualidade reprimida, voltada para as questões religiosas e para a procriação da espécie.

Dando continuidade ao diálogo, as mulheres percebem alterações no desejo e no prazer sexual após o início do tratamento medicamentoso, somado às dificuldades de relacionamento com os seus parceiros, uma vez que nem sempre eles se preocupam com o bem-estar delas, o que agrava mais ainda a situação de estresse. Esse fato é um indicador que demonstra o esforço do autoconhecimento sobre as suas condições de saúde e a importância da adoção da perspectiva de educação em saúde.

Essas alterações sexuais, prevalentes nas mulheres, estão relacionadas com fatores como: uso de psicofármacos, menopausa, aspectos socioculturais e situações interpessoais; e constitui um dos principais motivos de abandono do tratamento medicamentoso (CORDÁS; LARANJEIRAS, 2006). Essa experiência está configurada subjetivamente ora como sendo característica fisiológica da mulher, ora como sendo expressão do sofrimento mental (FORTES *et al.*, 2021). Por essa perspectiva, as pesquisas afirmam que são recorrentes os estigmas, preconceitos e negligência de instituições e profissionais de saúde em relação à sexualidade das pessoas com transtornos mentais (DETOMINI; RASERA; PERES, 2016).

Desse modo, o espaço construído em colaboração com as participantes da pesquisa por meio do diálogo proporcionou condições para que elas pudessem expressar as experiências sobre a sua sexualidade e, sobretudo, confrontá-las com as de seus pares e com a da pesquisadora, a qual assumiu a tarefa de organizar, orientar e conduzir as explicações sobre o tema em referência para que elas pudessem produzir novos sentidos subjetivos para as suas vivências.

Todas as mulheres trouxeram, durante os encontros na oficina, relatos e histórias de violência vividas por elas no período da infância e da adolescência. A violência sexual física e psicológica destacada por elas aconteceram, em sua maioria, dentro das próprias casas, cometidos por pessoas dos seus convívios ou por pessoas desconhecidas, como nos relatos da violência sexual vividos pelas participantes Anne, Estela e Bella, abaixo:

Anne: Até aqui eu era feliz. Aí começaram os abusos pelos parentes do meu pai. Dois tios e o meu avô.

Pesquisadora: Quantos anos você tinha aqui?

Anne: Eu tinha uns seis anos. Comecei a ter problemas, eu já não brincava mais com as crianças, sempre ficava num canto escondida. Não adiantava eu contar o que acontecia, o que meus tios faziam comigo, porque eles (pais) não acreditavam. Abusaram de mim até eu menstruar com 12 anos.

Estela: A partir dos meus oito anos de idade começou a me molestar. Ele era meu padrasto. Por causa disso, minha evolução sexual foi muito rápida e perto dos nove anos comecei a menstruar.

Bella: Minha primeira relação sexual foi ainda adolescente, com o pai da minha filha, com quem eu me casei. Foi consensual. Mas na mesma semana eu fui abordada por um homem que me levou a um terreno. Lá ele me roubou e me estuprou. No mesmo mês eu engravidei. Passei a gravidez toda com dúvidas sobre a paternidade da minha filha. Hoje depois de muita terapia e da semelhança dela com o pai, acredito que não é filha do abusador. A minha filha também foi molestada por um homem e por um tio. Ela tentou ter um relacionamento amoroso com um homem, mas não teve jeito, acabou se realizando com uma mulher. Mas, por isso eu digo que carrego a dor do mundo e toda essa panaceia.

Madaloz (2015) argumenta que a violência contra a mulher provoca impedimentos contra o seu desenvolvimento e se expressa através das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens. A desconstrução

histórico-cultural desse patriarcado, as discussões sobre os papéis de gênero e a educação igualitária são vitais dentro das instituições de ensino.

Houve relatos de violência intrafamiliar com ofensas verbais e físicas que ocorreram na vida dessas mulheres.

Estela: Minha avó me tratava muito mal! Na época a gente não tinha pia. Então para escovar o dente era em uma bacia e o último que escovava, jogava fora a água. Eu lembro bem disso. Eu tinha uns sete anos, eu estava passando, pois ela esperou eu chegar no rumo dela, para jogar aquela bacia suja, cheia de cuspe em mim. Até que ela teve a oportunidade de chegar para mim e falar: Se nem tua mãe gosta de você, porque eu sou obrigada a gostar?

Estela: Quando tinha quatorze anos, me envolvi com um namorado e engravidei. Quando minha mãe soube, me deu uma surra violenta e eu passei a dormir no sofá da casa, porque eu não podia dormir junto com minha irmã. Eu era “a prostituta”. E de lambuja, ela me convenceu de fazer um aborto. E eu fiz um aborto com quatorze anos. (silêncio)

As participantes que relataram as situações de violência vivenciadas na infância e adolescência geraram danos no seu processo de desenvolvimento da subjetividade, que serviram para enclausurá-las em uma teia de sentimentos fragmentados produzidos nas diferentes experiências relatadas por elas.

Em uma pesquisa realizada no município de Campo Grande-MS, foi constatado que 91% da violência sexual em adolescentes acometeram o sexo feminino com idade entre 10 a 14 anos (66%) e 15 a 18 anos (34%), e a maior parte dos agressores era do sexo masculino. Tal fato pode estar relacionado com a fragilidade física feminina, reforçando a desigualdade das mulheres em relação aos homens (JUSTINO *et al.*, 2011).

Registre-se que o fenômeno da violência contra a mulher é recorrente neste país⁷, em especial no nosso estado sendo considerado um problema grave de saúde pública, conforme apresentado no Mapa do Femicídio do estado de Mato Grosso do Sul do ano de 2021.

Femicídio: 34 mulheres foram cruelmente assassinadas; 94 sofreram atentados, mas sobreviveram para contar suas histórias.

⁷ O Brasil permanece na quinta posição no ranking de países com maior número de mortes violentas contra mulheres por questões de gênero.

Estupro: 1.833 mulheres registraram Boletim de Ocorrência por estupro, uma média superior a 152 por mês.

Violência doméstica: 17.856 mulheres registraram B.O por algum tipo de violência doméstica e familiar. Isso significa que, por dia, mais de 48 mulheres procuraram uma delegacia de Polícia no Estado (MATO GROSSO DO SUL, 2022, p. 11).

As Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como qualquer ato de violência de gênero que possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças, coação ou privação arbitrária de liberdade, na vida pública ou privada (OPAS/OMS, 2022).

Ainda que o fenômeno seja recorrente na sociedade, a experiência das situações de violência das participantes da pesquisa é subjetivada de modos singulares, relacionada com a história de vida de cada ser humano. Na visão de Goulart (2019), ele é compreendido como aspecto da subjetividade social, singularizado pelos sentidos subjetivos produzidos pelos indivíduos em determinados contextos.

Os danos gerados nessas situações de violência são expressos nas diferentes formas de dor conforme foi observado no diálogo que a dinâmica⁸ com atividades artísticas proporciona. Assim, as participantes verbalizaram sobre as suas experiências, dentre as quais destacam-se: dor muscular que envolve as pernas e os braços, causada ou por um trauma ou pela tensão vivida no dia a dia; dor decorrente de fibromialgia, artrite, artrose e outras; a dor do “coração”, traduzida em angústia e episódios de choro; a dor da perda de uma pessoa ou animal de estimação; e a dor da raiva, conforme está explicitado no seguinte relato:

Pesquisadora: Estamos falando de vários tipos de dores. A sua parece mais uma dor de tensão por uma preocupação familiar.

Lucila: Sim

Pesquisadora: Estão falando de outras dores, que é a da angústia.

Lucila: A dor psicológica.

Estela: A dor da raiva! Essa supera tudo isso.

Priscila: E o que fazemos quando temos esta dor da raiva?

Estela: Se afasta.

Anne: Fica quieta.

⁸ Dinâmica está descrita no apêndice: Cronograma de atividade da oficina: como nossas dores chamam?

Estela: Por que se falar alguma coisa piora tudo.
Anne: Não pode falar nada. Engolir tudo quieto.
Bella: O que falar será usado contra você. Eu uso a “lei do silêncio”.

O sofrimento da “dor da raiva” mobiliza sentimentos que geram impotência perante as situações de dificuldade, sobretudo quando elas se encontram com alterações no estado de humor. Bella entende que a “lei do silêncio” é uma estratégia empregada para evitar situações indesejadas no confronto com os familiares. A expressão de Luna corrobora esse posicionamento.

Luna: A minha dor é assim: às vezes a cabeça fica chiando, o meu corpo tudo dói. Aí tem hora que eu tenho vontade de sumir, sabe. Quando estou assim eu vou para o meu quarto e fico deitada. Mas quase todo dia eu acordo com essas dores. Se eu faço alguma coisa me dá aquela angústia, aí eu deito e fico chorando. Aí qualquer lugar que eu tô assim, me dá vontade de chorar sem motivo. Dá aquele aperto, aquela tristeza. Aí as pessoas falam: ah, mas porque você fica assim? Não é porque eu quero. As pessoas parecem que não entendem. Falam que eu me entrego. Vem de dentro da minha cabeça, dói tudo e vem aquela angústia.

Nesse relato fica evidente que a não-validação das dores de Luna agravam o seu estado de saúde mental, uma vez que ela não consegue traduzir em palavras os sentimentos gerados diante das dificuldades para a realização das suas atividades diárias.

Pesquisadora: Antes do tratamento para depressão, tinha dor?
Luna: Eu não tinha nada, não sentia dor nenhuma! Eu fiz exame. O médico disse assim: *você não tem nada, só vai embaixo do chuveiro de água morna e fica uns 30 minutos*. Eu sinto dor! Você acha que eu vou querer dor assim?
Pesquisadora: Você já falou para a médica aqui do CAPS?
Luna: Não.
Pesquisadora: Você consegue falar para ela o que está sentindo?
Luna: Não. (ficou em silêncio e abaixou a cabeça para bordar).

Percebe-se, ainda, a dificuldade em se comunicar com o profissional de saúde, contar sobre seus sentimentos e sobre as manifestações que vêm acontecendo em sua vida. Ademais, essa dificuldade pode estar ocorrendo por falta de vínculo e confiança na condução do profissional, por medo de ser repreendida ou por não se sentir segura para conversar sobre determinados assuntos. González Rey (2005, p.57) argumenta que o valor da conversação

como ferramenta terapêutica tem que ser ensinado aos profissionais de saúde, e fazer parte dos currículos. Dessa forma, o CAPS deve se constituir em espaço de promoção de saúde, e só será possível se ele se tornar um local onde possa ocorrer o diálogo, promovendo a aprendizagem e, conseqüentemente, proporcionando condições para o desenvolvimento da pessoa.

Inspiradas em atitudes colaborativas, as participantes da pesquisa, encontraram alternativas para a resolução da situação de dor descrita por Luna, pavimentando, com isso, a construção de hipóteses para justificar as causas das dores. Elas pensaram em várias possibilidades, com destaque para: consulta com especialista em reumatologia, endocrinologia; leituras de livros; atividades físicas ao ar livre; fazer comida; e conversar com uma amiga. Observe-se que, ao buscarem alternativas para além do uso de substâncias medicamentosas, elas demonstram indicadores de desenvolvimento subjetivo mobilizados pela produção de novos recursos para o enfrentamento e possíveis soluções aos problemas descritos. O relato de Bella alerta o grupo para a importância de se construir caminhos alternativos, visando amenizar o desconforto de Luna.

Bella: A psicóloga que eu fazia terapia dizia: “nós damos dicas, mas cabe a você decidir o que vai fazer você se sentir bem”, se é desenhar, cozinhar, bordar, sair, respirar um ar livre, ouvir música. Porque não existe uma coisa pontual, pois tem hora que nada resolve! Agora, a gente tem que fazer um esforço para melhorar.

No percurso desta pesquisa, as participantes foram paulatinamente encontrando estratégias para enfrentar as dificuldades até então vivenciadas no curso de suas vidas no espaço de diálogo, onde os problemas foram sendo entendidos como desafios e proporcionaram novas aprendizagens, por exemplo, o retorno ao trabalho gerava insegurança diante dos efeitos secundários dos medicamentos. Esse sentimento foi sendo administrado em colaboração com a pesquisadora, que oportunizou informações, reflexões e apoio nos momentos de fragilidade. O relato de Nina exemplifica esse processo: “*Tive um desafio. Lá no meu serviço hoje eu tive um desafio, que tive que fazer o almoço. Eu fui para passar roupa e tive que cozinhar. E eu consegui*” (risos).

As participantes da pesquisa foram se tornando mais autônomas em suas decisões, sobretudo na retomada de suas atividades laborais, como se pode

observar nos finais dos encontros presenciais: Nina voltou a passar roupas; Estela conseguiu conciliar a produção e a entrega dos seus artesanatos; Bella começou a vender seus materiais em uma feira de artesanato; Anne voltou a fazer faxina; Lucila manteve-se no brechó do CAPS; e Luna intensificou suas atividades no lar.

Assim, o sucesso de uma abordagem terapêutica se verifica quando a pessoa consegue elaborar e gestar novas emoções e processos simbólicos que lhe deem condições de produzir novos sentidos subjetivos, permitindo-lhe posicionar de outra forma diante das relações e das atividades de seu cotidiano (GONZÁLEZ REY, 2007).

Mesmo paralisadas pelo fenômeno do sofrimento mental, configurado subjetivamente de forma singular, as mulheres estão dispostas a modificar, refletir e redescobrir; e conseguem construir um importante elemento nos processos de sua configuração subjetiva por meio do diálogo e do vínculo (GONZÁLEZ REY, 2002), desenvolvendo forças capazes de atribuir novos sentidos à sua vida.

A modificação terapêutica, [...] é o resultado da produção de novas configurações subjetivas que permitem aos indivíduos caminhos alternativos em relação ao círculo vicioso representado por comportamentos que geram mal-estar. Não se trata, portanto, do acesso às “causas objetivas” do conflito, mas de novas produções subjetivas no curso de seus caminhos de vida; daí a importância de a psicoterapia se inserir na forma de viver (GONZÁLEZ REY; GOULART; BEZERRA, 2016, p. 57).

Portanto a oficina como espaço que proporciona o diálogo sobre as vivências, liberdade na comunicação e compreensão do que estava ocorrendo no entorno da vida possibilitou melhora nas habilidades cognitivas e na capacidade de tomada de decisões, além de permitir identificar o movimento da subjetividade individual e social no processo de superação dos danos gerados pelo sofrimento mental na vida dessas mulheres.

4.3 Eixo temático 3: Entre fios e desafios, entrelaçando a rede de configurações subjetivas de Nina

O estudo de caso permitiu aprofundar o conhecimento sobre a temática em tela com ênfase na singularidade de Nina, pois pode-se identificar o movimento entre o universal e o particular no processo de constituição da sua subjetividade, mediante as vivências, dentre as quais se destacam os danos gerados no transcurso das alterações mentais. Em outras palavras, processos depressivos, labilidade de humor, ideias persecutórias, entre outros sintomas classificados com diferentes códigos segundo o manual de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

No momento inicial dos encontros com Nina, pudemos conhecer a sua história por ela mesma e, posteriormente, pelos registros em seu prontuário. Essa opção se justifica pelo fato de que a produção das anotações não é destituída de neutralidade: os seus autores formularam suas análises e conclusões com base em concepções de “doença mental”, de saúde mental, de educação, de indivíduo e de sociedade.

Observou-se, portanto, que a análise da saúde mental de Nina estava construída em uma perspectiva linear e descritiva quanto às causas do início das primeiras crises, conforme o registro a seguir:

"A manifestação do conjunto de sintomas psiquiátricos ocorreu após uma briga com o genro, no ano de 2007, o que levou à primeira internação no serviço de psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande. A partir deste momento, iniciou o tratamento com diferentes psicotrópicos e o acompanhamento psiquiátrico mensal no Ambulatório de Psiquiatria da Santa Casa. A segunda crise ocorreu no ano de 2017 e recentemente no mês de julho de 2019, ocorreu a terceira crise, desmaiando dentro do ônibus urbano. Ela foi socorrida e levada até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde ficou em observação”.

Após esse último episódio, Nina foi encaminhada ao CAPS de referência, permanecendo até o início do mês de agosto de 2019, sendo esta a sua primeira experiência de abrigamento. Nessa oportunidade, a equipe de saúde solicitou à família uma acompanhante para auxiliá-la nas necessidades básicas do dia-a-dia, pois ela perdeu tanto a força motriz dos membros superiores quanto o controle de seus esfínteres, necessitando do uso de fraldas descartáveis.

Histórico: há quatro meses apresentando delírios paranoides persecutórios (pessoas próximas a perseguindo e querendo roubar seu dinheiro), com tentativa de suicídio, inapetência, porém com manutenção de funcionamento. No momento

confusa, vigil, consciente, fala afasia (afasia sensitiva?), desidratada, parcialmente orientada no tempo e espaço, diminuição da força bilateral dos membros superiores e inferiores (não consegue andar), mãos enrijecidas, dificuldade de lembrar das datas e da idade, afrouxamento de ideias e ecolalia, pensamento desagregado, incontinência urinária, com suspeita de Acidente Vascular Encefálico.

Foi observado que os profissionais de saúde mental têm opiniões diferentes sobre o diagnóstico de Nina, pois limitavam-se a classificá-la segundo o CID-10 que estava em vigência na época. Em 2017 ela recebeu o diagnóstico médico de episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (CID-10: F32.2); em 2019 era demência não especificada (CID-10: F03); e, em 2020, transtorno afetivo bipolar (CID-10: F31). Na perspectiva da teoria estudada, o diagnóstico não é central no exercício da clínica, pois engessa o olhar sobre a trama singular de vida da pessoa. Porém, nota-se que essa situação de mudança de diagnósticos é recorrente nesse campo e pode estar relacionada com a rotatividade de profissionais da área médica, dificultando o vínculo com as pessoas que necessitam desses serviços e, conseqüentemente, promovendo mudanças de condutas terapêuticas medicamentosas.

A alta rotatividade dos médicos ou de outros profissionais da equipe é, de fato, uma consequência de fenômenos localizados dentro dos serviços de saúde. Podemos listar motivos para que isso ocorra: oferta de melhores salários e benefícios, oportunidade de crescimento profissional, condições físicas e ambientais precárias do local de trabalho, entre outros (MEDEIROS; JUNQUEIRA.; SCHWINGEL, 2010; ASSENHEIMER; PEGORARO, 2019). Essa perda dos profissionais dificulta a construção de vínculos, gera sentimento de insegurança nas pessoas atendidas e afeta o processo de acompanhamento de seu desenvolvimento.

O Quadro 2 mostra as mudanças na terapia medicamentosa prescrita no prontuário desde o início da sua entrada no CAPS.

Quadro 2: Psicofármacos prescritos para Nina no momento da análise documental.

Medicamentos prescritos em 30/07/2019	Manhã	Tarde	Noite
Cloridrato de Amitriptilina ⁹	0	0	1 comp

⁹ Cloridrato de Amitriptilina é indicado para tratar depressão, enurese noturna e dor neuropática.

Carbonato de Lítio ¹⁰	1 comp	0	1 comp
Sertralina 50mg ¹¹	1 comp	0	1 comp
Bupropiona 150mg ¹²	1 comp	0	0
Risperidona 2mg ¹³	0	0	1 comp
Medicamentos prescritos em 01/04/2020	Manhã	Tarde	Noite
Bupropiona 150mg	1 comp.	0	0
Fluoxetina 20mg ¹⁴	2 comp.	0	0
Risperidona 2m	0	0	1 comp.
Cloridrato de Prometazina 25mg ¹⁵	0	0	1 comp.
Medicamentos prescritos em 31/05/2021	Manhã	Tarde	Noite
Cloridrato de Clorpromazina 25mg ¹⁶	0	0	1 comp.
Cloridrato de Prometazina 25mg	0	0	2 comp.
Risperidona 2mg	0	0	1 comp.
Bupropiona 150mg	1 comp.	0	0
Medicamentos prescritos em 27/05/2022	Manhã	Tarde	Noite
Cloridrato de Amitriptilina 2mg	0	0	2 comp.
Cloridrato de Prometazina 25mg	0	0	2 comp.
Risperidona 2mg	0	0	1 comp.

Fonte: prontuário dia 14/06/2022

Neste caso, Nina não foi acompanhada por um técnico de referência responsável durante o período desta pesquisa. Sendo assim, ela experimenta, mais uma vez, a situação de abandono, que fica explícito no diálogo estabelecido com os profissionais de saúde participantes deste estudo, por ocasião da entrevista, o desconhecimento sobre a existência da participante como paciente do referido centro. Desse modo, o único tratamento terapêutico que Nina recebia se resumia à consulta médica e à prescrição de psicofármacos.

¹⁰ Carbonato de lítio é indicado no tratamento de episódios maníacos nos transtornos bipolares.

¹¹ Sertralina é indicado para o tratamento da depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, do transtorno obsessivo compulsivo em adultos e crianças.

¹² Bupropiona é indicado para tratar transtorno depressivo maior (TDM) e auxilia a parar de fumar.

¹³ Risperidona antipsicótico é indicado para o tratamento de pacientes com sintomas psicóticos, transtorno bipolar, transtornos do comportamento, demência, entre outros.

¹⁴ Fluoxetina é indicado para tratar depressão, associada ou não a ansiedade, bulimia, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno disfórico pré-menstrual e irritabilidade.

¹⁵ Cloridrato de Prometazina é indicado no tratamento sintomático de todos os distúrbios incluídos no grupo das reações anafiláticas e alérgicas.

¹⁶ Cloridrato de Clorpromazina é indicada para o tratamento de quadros psiquiátricos agudos e para o controle de psicoses com longa evolução. <https://consultaremedios.com.br/>

No processo de aprofundamento do diálogo proporcionado pelos instrumentos indutores, com destaque para as atividades artísticas, Nina foi, paulatinamente, expressando os sentidos subjetivos implicados em suas configurações subjetivas.

A história de Nina por ela mesma

A história de Nina, assim como das demais participantes deste estudo, foi sendo gestada no curso do diálogo oportunizado pelas diferentes atividades que foram sendo escolhidas mediante as suas necessidades e interesses. E, na tessitura dos pontos dos bordados, ela foi pouco a pouco expressando as vivências das diferentes situações que marcaram a sua trajetória de vida. Essa vivência (*pereživânie*), nessa perspectiva, se refere ao desenvolvimento da consciência humana (TOASSA, 2011), sendo a unidade sistêmica da consciência que compreende a unidade afeto/cognição e se constitui na relação dialética entre o ser humano e o seu meio no curso do desenvolvimento humano (ANDRADE; CAMPOS, 2019).

Os sentidos subjetivos de abandono e desamparo foram gerados pelas suas vivências de perdas, compondo as suas configurações subjetivas. Em seus relatos sobre a sua infância, mencionou que aos 9 anos de idade, presenciou a morte de seu pai e, em decorrência disso e da dificuldade financeira, precisou morar e trabalhar em casa de família como empregada doméstica quando tinha 10 anos, conforme expressou em seus diálogos conosco: [...] *“eu trabalhava e morava na casa das pessoas”*, mas sofria maus tratos no seu ambiente de trabalho, os quais foram sentidos por ela como trabalho escravo, conforme conversa com os seus pares: *“eu era empregada, tipo a ‘escravinha’ das pessoas”*. As situações de exploração do trabalho infantil em residências é invisibilizado, consentido e naturalizado no âmbito da sociedade como um instrumento de controle social.

À medida que Nina ia bordando junto com as outras colegas participantes, o diálogo entre elas e a pesquisadora ia se aprofundando, e criando novas experiências e sentimentos, confrontando-os com as vivências do coletivo, as quais deram pistas para a construção de indicadores sobre a subjetividade

social. Os temas recorrentes foram o valor da mulher na sociedade e as situações de violência sexual vividas pela maioria das participantes. Nina contou que, aos 12 anos, foi molestada sexualmente pelo patrão quando dormia em seu quarto, “[...] *ele colocou a mão por dentro da minha blusa e apertou forte o meu peito. Por isso meu peito é deformado, um é maior que o outro*”. Essa experiência está presente na sua configuração subjetiva, uma vez que a força desse ato mobilizou a sua percepção de violência, enraizando-se e deformando-se.

A percepção da realidade é acompanhada pelo significado e pelo sentido, e se torna a expressão das relações dinâmicas entre os sistemas psicológicos. A tese central defendida por Luria (1979) é que a educação e, por conseguinte, o pensamento conceitual desenvolvido a partir da apropriação da linguagem levariam à modificação de certos aspectos da percepção das pessoas. Outra premissa levantada seria a de que a percepção evoluiria com a idade e com o desenvolvimento mental. No entanto atribui-se valor à cultura nesse percurso, uma vez que ela mobiliza a emergência das funções psicológicas superiores, contribuindo para que as mudanças promovam o desenvolvimento subjetivo, à medida que o ser humano começa a operar em outras instâncias da vida de forma diferenciada, assumindo a posição de agente/sujeito. Observam-se os movimentos de Nina nessa direção, resgatando as suas memórias e avaliando-as com outros recursos subjetivos, os quais estão sendo produzidos por meio da disponibilização da rede de cuidados construída nas atividades propostas nesta pesquisa. Esses recursos mobilizam a produção de novos sentidos subjetivos para as vivências que lhe causam tensão, como a sua relação familiar.

Os processos de desenvolvimento psíquico e de diferenciação subjetiva são simultâneos, implicados entre si, mas se expressam de forma diferenciada. As dimensões subjetivas são fluidas, sensíveis, maleáveis e autorreferenciadas, e estão carregadas de emoções dos seres humanos. Por serem singulares, subvertem a perspectiva nomotética e universalizante, pois o desenvolvimento psíquico está implicado na trama cultural, e estima-se que os indivíduos possam adquirir o domínio da linguagem, da percepção e da coordenação motora nas diferentes fases de sua vida. No entanto as configurações subjetivas que promovem o desenvolvimento subjetivo podem aparecer em diferentes momentos da existência das pessoas, considerando as suas condições sociais.

Trata-se de um processo não linear e qualitativamente diferenciado, pois, a depender das situações, ele pode ser promissor ou se constituir em entraves ao desenvolvimento (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017b), como fica esclarecido no seguinte trecho:

O desenvolvimento subjetivo não pode ser definido por comportamentos observáveis, não se expressa em atos específicos nem se define por momentos de conflito ou comportamentos aparentemente inadequados, que podem representar momentos de desenvolvimento muito importantes pela possibilidade de se abrirem para um indivíduo gerar significados subjetivos capazes de gerar novos recursos subjetivos que podem implicar um momento de desenvolvimento subjetivo (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017b, p.9, tradução minha¹⁷).

O elemento cultural da percepção é destacado quando procura explicar os níveis superiores de atividade psíquica, pois não seria apenas um efeito passivo em relação aos objetos sensíveis, mas coordenaria todos os mecanismos perceptivos, incluindo as diversas formas de manifestações verbais. Por esse ponto de vista, a subjetividade e a cultura se implicam porque emergem concomitantemente e de forma recursiva. A cultura é a produção da subjetividade. Esse novo ponto de vista considera a

percepção como um processo ativo que envolve a procura das informações correspondentes, a distinção dos aspectos essenciais de um objeto, a comparação desses aspectos uns com os outros, a formulação de hipóteses apropriadas e a comparação, então, dessas hipóteses com os dados originais (LURIA, 1983, p. 199).

O processo de desenvolvimento é sistêmico, dialético, caracterizado por evoluções e involuções, sendo que a percepção, como função psicológica superior, se “liberta” de toda uma série de conexões que eram constitutivas das fases iniciais do desenvolvimento (VIGOTSKI, 1960/1998). No entanto as experiências de vida dos seres humanos produzem formas de subjetivação diferentes, como Nina nos mostrou nos encontros e confrontos proporcionados nesta pesquisa.

¹⁷ El desarrollo subjetivo no se puede definir por comportamientos observables, no se expresa en actos puntuales ni se define por momentos de conflicto o comportamientos aparentemente inadecuados, los que pueden representar momentos muy importantes de desarrollo por la posibilidad que abren a un individuo para generar sentidos subjetivos capaces de generar nuevos recursos subjetivos que pueden implicar un momento de desarrollo subjetivo.

González Rey (2012) expõe que a produção individual de sentido subjetivo tem sua gênese no encontro de uma pessoa com uma determinada experiência social, e que esse encontro se produz em duas dimensões: em nível consciente de vários elementos da experiência, e no âmbito inconsciente, a partir de fatos que não consegue explicar, por não estarem suficientemente elaborados. Entretanto ambos os níveis de expressão de sentido subjetivo integram a história da pessoa e o contexto social da experiência em uma unidade indissolúvel, proporcionando a emergência de diferentes condutas, representações e emoções.

Aos 18 anos, Nina resolve voltar a morar com a sua mãe, que na ocasião já havia realizado várias internações em hospital psiquiátrico em decorrência da “depressão”. Além de sua mãe, havia duas tias maternas que também apresentavam histórico de transtornos mentais, conforme relato que se segue: *“porque minha mãe já era depressiva...o histórico da minha família sempre foi esse. O nosso mal é a doença psiquiátrica, é a depressão”*. Nota-se que a doença mental é naturalizada e integra a configuração subjetiva de Nina. Em que pesem os indicadores de hereditariedade como um dos fatores etiológicos de alguns transtornos mentais, não podem enclausurar a pessoa na condição de incapaz e nem serem determinantes para caracterizar a dinâmica da subjetividade do ser humano.

Aos 20 anos, Nina perdeu sua mãe com câncer de esôfago. Ela avalia o episódio da separação vivenciada com muita dor e sofrimento, por mais uma perda e por terem negado a oportunidade de ficar ao lado da sua progenitora naquele momento para se despedir. A sua compreensão sobre a separação no momento da morte de sua mãe foi inicialmente expressa como sendo uma medida de autoproteção, uma vez que seus familiares entendiam que o câncer era uma doença transmissível. Na medida em que esse conhecimento foi superado por explicações científicas, mobilizaram a emergência de novos sentidos subjetivos para a situação descrita, demonstrando, com isso, o valor dos mediadores culturais no desenvolvimento da subjetividade do ser humano, como ilustra o relato que se segue:

"Aí minha avó, meus parentes falavam assim que a gente não podia ficar perto da minha mãe que a doença era contaminante.

Aí eu vejo que era uma ignorância, porque hoje eu sei que o câncer não pega de ninguém, e eu não pude ficar ao lado dela. Minha mãe me faz muita falta (choro)".

O abandono e o sentimento de ter sido enganada pelos seus responsáveis emergem como indicadores de sentidos subjetivos nas experiências de perda de Nina, e assumem características diferentes na sua trajetória de vida, fragilizando as suas relações afetivas tanto conjugais quanto familiares. Note-se que há dificuldades de criar novas possibilidades para enfrentar as adversidades de sua vida e de construir novas vias de subjetivação para superar os danos gerados pela condição do seu sofrimento mental, os quais foram se enraizando, paulatinamente, em sua história de vida, a qual descreveremos nesta seção. Isso, porém, não nos paralisou; pelo contrário, nos desafiou a abrir portas, quebrar muros e a propor mudanças no espaço normativo do CAPS e de outras instituições.

Na dinâmica conversacional, possibilitada por ocasião de um encontro na oficina, aprofundamos o diálogo com Nina, quando relatou que, aos 22 anos, teve uma filha de um relacionamento distante. Apesar de não viver com ele, considerava um bom pai para a menina. Ele faleceu quando sua filha tinha 14 anos; a partir daí, a menina começou a *"mudar o comportamento e dar trabalho"*, engravidando, envolvendo-se com drogas e acabando presa por roubo. Hoje a filha tem 38 anos, e seis filhos de vários relacionamentos: *"Ela teve seis gestações, mas só ficou com quatro filhos. O primeiro morreu e a menina foi para adoção, por causa de maus tratos"*.

Há muito tempo ela mora no mesmo bairro, em uma casa de três cômodos (quarto, cozinha e banheiro), nos fundos da bicicletaria do irmão (esquina) e da casa da filha (lateral). As casas são simples, porém cercadas por bairros de classe média e alta e localizadas nas proximidades de um parque urbano de grande extensão. As residências de outros irmãos são vizinhas da sua casa, o que facilita o encontro diário entre eles.

Seu processo de escolarização chegou até a oitava série do ginásio, que hoje seria o oitavo ano do ensino fundamental. Iniciou o primeiro ano do colegial, mas teve muita dificuldade para continuar, pois precisava conciliar os estudos e o trabalho, como relata *"eu estudava e parava porque eu morava na casa das*

patroas, entendeu [...] então quem me orientou muito foi as patroas que tive na minha infância". Na segunda tentativa de voltar a estudar, engravidou da filha e trancou novamente o curso.

É adepta ao cristianismo, e falava e agradecia a Deus em vários momentos durante as oficinas. Ultimamente tem participado das atividades na igreja adventista, onde foi batizada. Porém, para agradar a filha, tem frequentado a Igreja Evangélica Universal. Nina não gosta de ir nesse local, e argumenta: *"Minha filha quer que eu vá à igreja, porque ela acha que eu tô doente da alma. Entende! Daí chega lá, tem uma coisa que me deixa descontente. Que é a "pedição" de dinheiro*". Registre-se que essa compreensão mística está na subjetividade social dos membros da sociedade, coexistindo com as explicações científicas sobre o tema. Ela tem consciência da exploração, o que é um indicador de consciência sobre a intencionalidade da religião indicada pela sua filha, e, mais recentemente, optou por frequentar os cultos da Assembleia de Deus, cujo templo fica nas imediações de sua residência, assumindo e agenciando as suas escolhas, tornando-se mais autônoma nesse percurso. As iniciativas para se tornar mais autônoma se estende para outros espaços de sua vida, demonstrando, com isso, a emergência da condição de sujeito. O tensionamento entre a subjetividade social dominante e a individual mobiliza o ser humano a se tornar sujeito (MORI, 2015).

Antes da ocasião desta pesquisa, ela trabalhava como passadeira e recebia por diárias, e, após o abrigamento no CAPS, entrou com o pedido de auxílio doença, operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), correspondente a um salário mínimo mensal. Esse benefício fica em posse da sua irmã, que administra e usa o dinheiro para fazer compras e pagar as despesas da casa da Nina. Essa condição de curatela é assegurada juridicamente pelo Estado brasileiro quando o indivíduo for considerado incapaz de gerenciar a sua vida. Faz parte, portanto, da subjetividade social dos envolvidos (nas entrevistas com os profissionais e familiares participantes da pesquisa) que pessoas com diagnósticos psiquiátricos estão em situação de incapacidade, aspecto que merece maiores aprofundamentos em pesquisas futuras, uma vez que os laudos são elaborados na perspectiva

predominantemente organicista, de acordo com o demonstrado na história de Nina e das demais participantes deste estudo.

A cada ponto, um conto, e a cada conto, um encontro.

Os diálogos com Nina foram organizados em dois eixos: no primeiro, abordaremos a suas configurações subjetivas; no segundo, o seu desenvolvimento subjetivo no percurso desta pesquisa, o qual está sendo associado a:

[...] espaços de socialização nos quais os indivíduos se integram e são capazes de expressar novas operações e recursos subjetivos que acompanham essa integração. A integração em um espaço social não é apenas uma adaptação ou assimilação; que a socialização se dá por meio das tensões de novos desafios e alternativas que os indivíduos enfrentam para conquistar ativamente seu espaço dentro de uma determinada instituição social ou grupo informal (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017b, p.12, tradução minha¹⁸).

O contato com Nina ocorreu no primeiro dia de oficina terapêutica, uma semana após sua alta no CAPS. Ela apresentava sinais de dificuldades motoras nas mãos, de controle de esfíncteres e de memorização de fatos recentes. A verbalização revelava falas repetitivas, similares à ecolalia; no diálogo conosco, sua fala era acelerada e desconexa com o que lhe era indagado ou mesmo em relação ao contexto da conversa. Portanto, não entendemos como pertinente solicitar-lhe que respondesse ao complemento de frases naquele momento. Assim, foi fundamental que o pesquisador, na qualidade de participante do processo, considerasse as condições psicológicas e a disposição da participante. Essa flexibilização do planejamento demonstra que o cenário social da pesquisa é um espaço dinâmico, relacional, que vai se aprofundando no percurso. Sobre isso, Rossato; Martins; Mitjás, Martínez (2014, p. 43) afirmam que:

¹⁸ El desarrollo subjetivo, de forma general, está asociado a espacios de socialización en los que los individuos se integran y son capaces de expresar nuevas operaciones y recursos subjetivos que acompañan esa integración. La integración a un espacio social no es solo una adaptación o una asimilación; esa socialización tiene lugar a través de las tensiones de nuevos desafíos y alternativas que los individuos enfrentan para conquistar de forma activa su espacio dentro de una institución social específica o grupo informal.

A capacidade do pesquisador de construir e manter vínculos positivos e contornar as dificuldades de relacionamento surgidas no percurso de pesquisa pode ser o grande diferencial para a compreensão dos processos e expressões da subjetividade individual e social manifestada no contexto pesquisado.

Para identificar a configuração subjetiva de Nina, foram utilizados instrumentos indutores já descritos anteriormente, aplicados em vários encontros. Na primeira etapa, o nosso objetivo foi conhecer as participantes e construir vínculos de confiança para proporcionar fluidez aos diálogos e motivação para participação na pesquisa. Visando identificar a configuração subjetiva de Nina no início desse processo, o primeiro contato com ela foi estabelecido por meio de uma conversa informal, quando ela foi preparada para a construção de uma dinâmica conversacional, e assim apresentada à atividade de desenhar, cujo título foi: “como eu era antes de adoecer”. Nina se mostrou relutante para desenhar, dizendo de início que não sabia, que era difícil ou que seu desenho era feio, demonstrando insegurança, incertezas, em relação à sua habilidade de construir algo, justificando que o desenho poderia não atingir as expectativas da pesquisadora. Porém, com o incentivo das outras participantes, ela aderiu ao desafio e começou desenhando e trazendo uma reflexão autobiográfica, com pausas frequentes e com dificuldades para concluir uma frase, necessitando de estímulo da pesquisadora para retornar e completar o pensamento.

Nina: Antes da minha doença mental? Porque esta minha doença mental é genético, que, quando eu estava em tratamento das primeiras vezes, agora que eu tive essa crise, que eu fiquei pior, minhas mãos não mexiam, estava totalmente travada, daí eu peguei o papel, pedi para a Cris, para eu pelo menos treinar assinar meu nome. Porque tudo o que eu for fazer, eu que vou ter que que...Tipo a minha pessoa, a minha pessoa. Vou pôr minha cabeça aqui primeiro, meus braços, meus dois pés. Minha maior dificuldade, tipo, é lembrar das coisas. Ai o meu cabelo, meu cabelo sempre foi cacheadinho do jeito que tá. Agora vou passar um batom, um discreto. É que nunca fui de desenhar mas a gente tenta. Aqui minha boca, meu batom, meus olhos são castanhos. Há, aqui esqueci de pôr minhas mãos, você não é aleijada, aqui meus braços, aqui minhas mãos e os meus cinco dedos, um, dois, três, quatro e cinco. Olha aqui quem eu era?

Os sintomas decorrentes das alterações mentais integram a configuração subjetiva de Nina, apresentando pensamento com mudanças sequenciais e desconexas, fala acelerada, com movimentos motores finos ainda

comprometidos, apresentando um pouco de tremor nas mãos, rigidez corporal e inquietação motora. No entanto apresenta-se consciente quando se incomoda com o comportamento de sua irmã: “*A minha irmã tá implicando muito, com meu jeito de andar, diz que eu estou andando que nem um robô*”. As mulheres comentaram que pode ser efeito colateral dos psicofármacos, com isso ofertando-lhe um dado de realidade como forma de acolhimento ao seu desconforto. Dessa forma, o grupo munido de recursos subjetivos assume a posição de agente ao oferecer apoio com informações e reflexões sobre a avaliação que a irmã de Nina fez a respeito do seu jeito de andar, por meio de conhecimentos sobre o assunto. Concordamos com Goulart (2017, p.191) quando afirmou que

O apoio ao desenvolvimento subjetivo a partir de uma relação dialógica reside no favorecimento do protagonismo do outro, em uma relação que o provoque a ir mais longe do que ele iria se estivesse sozinho, jamais no cultivo da dependência e no sequestro de seus recursos subjetivos.

De fato, uma das medicações de que ela fez, e ainda faz uso (risperidona), pode provocar uma síndrome neuroléptica maligna que, apesar de ser mais comum com o uso de antipsicótico de primeira geração, como o haloperidol, pode ocorrer também em antipsicóticos de nova geração ou atípicos como a risperidona (ABREU; BOLOGNESI; ROCHA, 2000). Vale lembrar que não tivemos acesso às medicações utilizadas no período em que ficou internada na UPA antes do CAPS, e que, nesse período, pode ter feito uso de antipsicóticos de primeira geração. O entorpecimento acaba limitando a execução de alguns movimentos mais finos de Nina.

No desenho, representou a si própria em tamanho pequeno, deixando um espaço vazio na folha de tamanho A4. A estética e a elaboração do desenho fornecem poucos detalhes, dando valor ao seu cabelo e à cor desenhada. No entanto, à medida que ia desenhando, foi-se expressando tanto verbalmente, quanto por meio da escrita, como a frase que colocou ao lado do seu desenho: “*Nunca me permiti ser chamada de preguiçosa*”. Essa preocupação aparece com recorrência em seus relatos, sobretudo quando se refere aos efeitos da sua condição de saúde e dos remédios que utiliza, aparecendo em outros diálogos

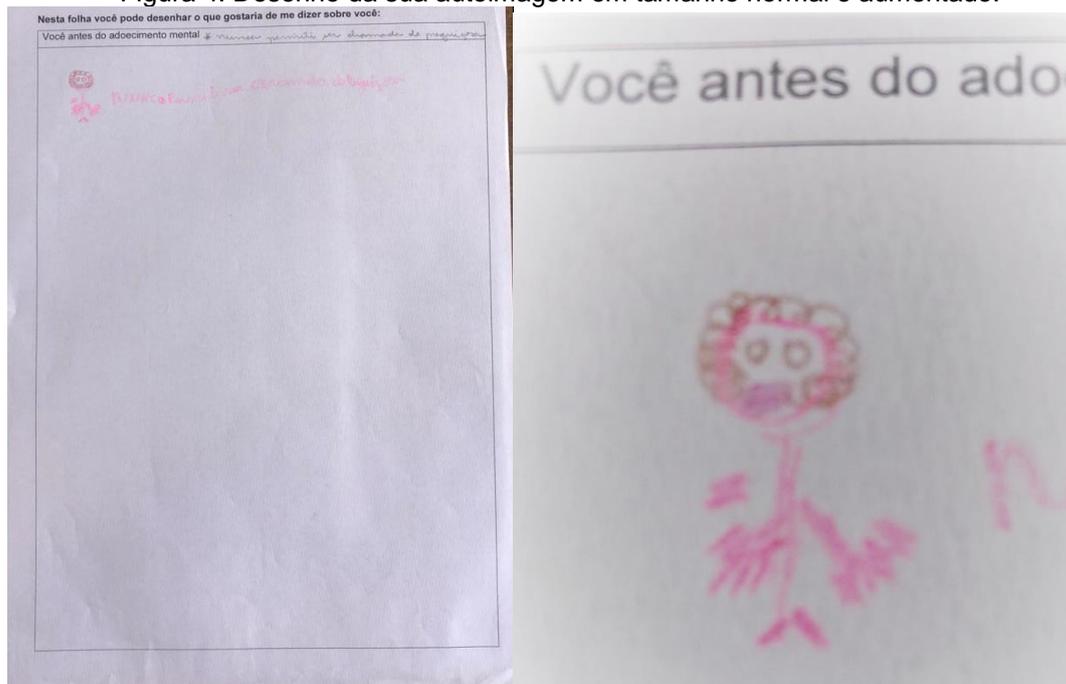
durante os encontros, principalmente quando emergiu o tema do retorno ao trabalho.

Embora as marcas de sua infância evidenciam-se na imaturidade do seu desenho (Fig.4) e na dinâmica das relações com os seus familiares, por exemplo, a solicitação de cuidados frequentes, ela se esforça em manter-se ativa diante dos limites de suas condições. Essas características foram se expressando nas rupturas dos vínculos com os membros de sua família, necessárias para a sua autoafirmação e constituição da sua identidade como mulher. Em tempo, segundo González Rey (2011), a identidade é uma

configuração subjetiva que, mesmo mudando as condições objetivas, a realidade da vida pessoal, nos permite continuar sentindo que somos os mesmos e continuar os nossos afetos e nossos diálogos com as figuras e os valores centrais que foram parte essencial dessa história [...] É uma produção de sentidos subjetivos em relação aos processos e fatos que num determinado contexto, nos reafirmam quem somos (p.90).

As fragmentações são visíveis no modo de se expressar, ao identificar-se em sua incompletude, desintegrada em si mesma, indicadores dos danos gerados pela falta de cuidados em sua infância e ainda quando jovem, conforme as suas explicações: *“Daí como a senhora viu, o primeiro que eu pus aí, eu desenhei como eu sou, uma menina de cabelinho cacheadinho, cor de rosa [...] É que, eu assim, eu sempre fui aquela quietinha da família”*.

Figura 4: Desenho da sua autoimagem em tamanho normal e aumentado.



Fonte: Própria

Embora Nina se apresentasse como silenciosa, era também ruidosa, sobretudo quando solicitada a calar-se e ir dormir. Ela relutava aos domínios e comandos de seus familiares e procurava estar sempre ativa nas atividades domésticas que aprendeu na infância, buscando sair da “*condição de robô*” e “*fazendo muitas coisas*”, como está declarado em seu relato.

Nina: Eu sou um pouco retraída, não sou muito de me abrir. Eu gosto muito de falar, de escrever. Eu aprendi a lavar, passar, cozinhar, limpar a casa, costurar. Só que no meu tempo de quando eu era menina. Este é o meu problema. É tipo assim, eu fico fazendo as coisas, então minha irmã fala que eu sou um robô. Eu ando que nem um robozinho (risos). Correndo pra lá e pra cá. Eu vou e faço. Aí mandam eu dormir. Mas eu não quero DORMIR!! Eu quero trabalhar!!

Considerada como um ser humano autômato, Nina se posicionava em meio aos seus devaneios, não se reconhecendo como preguiçosa, o que a mobilizou a construir alternativas de enfrentamento por meio da realização do trabalho doméstico, pois este estava disponível em sua “caixa de ferramentas”. Aprendemos com Nina que nas suas verbalizações, aparentemente desconexas, pode-se encontrar indicadores de sentidos subjetivos obscurecidos pela subjetividade social dos envolvidos com ela sobre o que se caracteriza como sintomas de “transtorno mental”. Ela nos ensinou que os comportamentos

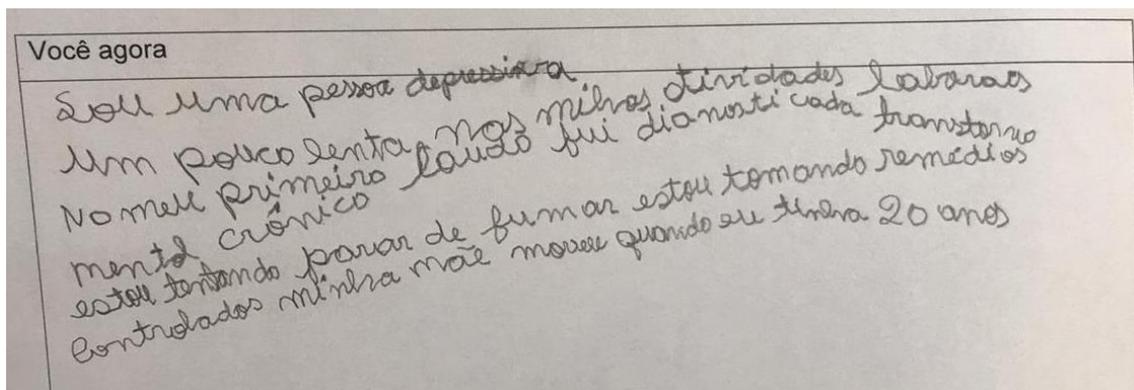
estereotipados, expressões desconexas e devaneios podem se constituir em indicadores para a construção da interpretação sobre a dinâmica do seu processo de adoecimento.

As dificuldades de comunicação em situações de crises, como a que enfrentamos junto com ela, indicaram caminhos alternativos para promover o seu protagonismo a partir de pequenos gestos para tomada de decisões, os quais foram sendo garimpados nas dinâmicas conversacionais. Nina optou por realizar a atividade proposta, que lhe solicitava desenhar como ela estava no início da pesquisa, com a seguinte questão: “Conte-me como você é agora”. A ideia inicial era a construção de um desenho, porém ela resolveu se expressar por meio da escrita: “*Quer que eu desenhe como eu sou agora? Acho melhor eu escrever*”, demonstrando, com essa atitude, que ela reconhece os seus limites e as suas possibilidades, agenciando-as, na medida em que subverteu a proposta da atividade. Nesse confronto entre o proposto e o “aceito” há um espaço dialógico essencial para mobilizar a emergência do sujeito.

Apesar das dificuldades grafomotoras e de organização da sequência de seus pensamentos, Nina concentrou-se. A escrita requer que as três unidades¹⁹ funcionais do cérebro estejam operando como sistema integrado de modo que possibilite ao indivíduo combinar, elaborar, criar e registrar aspectos das experiências anteriores, estimulando a reflexão diante do que se escreve e, com isso, chegando a erigir novos comportamentos. Na versão de Luria (1979, p.1), “o caráter seletivo da atividade consciente, que exige a função da atenção, manifesta-se igualmente na nossa percepção, nos processos motores e no pensamento”.

¹⁹ A primeira unidade funcional regula o sono, a vigília e os estados mentais; a segunda unidade obtém, processa e armazena as informações que chegam do mundo exterior e a terceira unidade se encarrega de programar, regular e verificar a atividade mental. Elas operam dentro das suas características, contendo cada uma delas áreas primárias (motoras de projeção), áreas secundárias (motoras superiores) e terciárias (áreas de associação). Essas três unidades atuam em conjunto e possibilitam a realização de funções corticais complexas (LURIA, 1983).

Figura 5: Escrita da sua auto imagem: como eu sou agora.



Fonte: Própria.

As alterações mentais têm centralidade na vida de Nina, uma vez que ela as descreve como sendo depressiva, lenta nas atividades laborais e com diagnóstico de transtorno mental crônico, requerendo o uso contínuo de psicofármacos. Embora ela não tenha colocado a conjunção causal no final da frase, ela aborda o episódio da morte de sua mãe, indicando que o processo de adoecimento foi desencadeado por esse evento, sendo um fator mobilizador das suas relações afetivas. Sobre isso, Mori (2015) afirma que as vivências emocionais recorrentes no curso da vida vão se aprofundando e estão relacionadas com as necessidades, motivações e interesses que podem conduzir a vida do ser humano.

Na Figura 5 ela registrou o seu esforço para parar de fumar, demonstrando a sua compreensão e autoconsciência sobre a sua condição de saúde. Guiando-se por ela, aprofundamos o diálogo com Nina por meio da dinâmica conversacional e identificamos a sua necessidade em parar de fumar, a qual foi expressada com recorrência. Ela informou que os médicos lhe indicaram Bupropiona, um fármaco que tem essa finalidade; no entanto o seu custo lhe é inacessível e, por isso, nunca o comprou.

Registre-se que as políticas de saúde são insuficientes para promover tratamentos adequados para as pessoas que possuem hábitos danosos à saúde, tributando ao sujeito a responsabilidade sobre a sua aderência ou não ao tratamento. Essa situação demonstrou que as prescrições terapêuticas seguem protocolos previamente estabelecidos, sem considerar aspectos sociais, econômicos e pessoais que interferem na adesão do indivíduo à prescrição.

Esse processo só será exitoso se for construído em colaboração. O desconforto de Nina sobre esse assunto mobilizou outra participante da pesquisa, conforme o relato que se segue:

Nina: Peguei todos, mas faltou o remédio para parar de fumar. A médica prescreveu. Mas esse tem que comprar.

Estela: Qual a dica que você deu para ajudar ela a parar de fumar. Eu fiquei curiosa.

Pesquisadora: Então, eu conheço pessoas que usam a técnica de hipnose ou meditação para parar de fumar.

Estela: Mas esse é o meu sonho. Eu fumo desde os 14 anos. Eu quero parar com esta porcaria. Mas o remédio é caro.

Nina: Então, eu também quero parar, mas eu não consigo. Mas eu fumo mais quando eu estou ansiosa. Descarrego o meu nervoso no cigarro. E eu tenho que parar com isso. Mas eu já prometi para mim mesmo e a hora que me dá vontade de fumar eu tomo água, às vezes eu faço café. Eu estou tentando parar.

Ainda com relação à sua condição de saúde, Nina se identificou como uma pessoa com deficiência mental quando foi se cadastrar no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) para receber Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que prevê auxílio financeiro aos indivíduos com deficiência mental que comprovem a necessidade do benefício. É evidente que há recursos financeiros previstos para a população que apresenta sofrimento mental, todavia ele não é eterno e pode ser cancelado quando houver indícios de melhora dos sintomas do requerente. Afetada pelo pouco salário que recebe mensalmente, a participante buscou alternativas financeiras visando suprir as necessidades, com isso demonstrando o protagonismo no controle da sua condição material, conforme o relato a seguir.

Nina: Eu fui fazer um documento que a gente precisa ter que é o tal do CU (Cadastro Único), aí eu falei assim para o menino: fio, eu sou deficiente mental, você quer o laudo? Aí ele ficou perguntando quanto eu gastava, eu falei: fio, eu gasto o meu salário. Ô, eu como, eu bebo, eu pago luz. Eu recebo só um salário. Então eu tenho que economizar na medida do possível, para eu não faltar dinheiro para comprar meus remédios.

Nina se posiciona e enfrenta as suas dificuldades financeiras, buscando alternativas para superá-las, uma vez que essa situação foi recorrente, determinando os encaminhamentos sobre a sua tutela quando era criança e na sua juventude.

Nas atividades proporcionadas pelas oficinas, o diálogo fluía e flutuava nas histórias, imaginações e criações, mobilizando o pesquisador para a construção de cenários para que os rumores das dores fossem expressos e elaborados, pois a fala e o pensamento são unidades intercambiantes, amalgamadas pelas emoções. Diante dessas considerações, escolhemos proporcionar a escuta da música denominada “Azul da cor do mar”, de autoria de Tim Maia. Essa experiência mobilizou Nina, remetendo-a às memórias de sua infância e das vivências das situações de abandono.

Nina: Esta música é do meu tempo de menina, 1900 e trá lá lá. Ela marcou muito a minha infância, em que tudo o que eu aprendi, eu aprendi com o mundo. Por causa que eu perdi meus pais muito cedo. Eu tive que trabalhar. E essa música aqui ela me lembra muito, assim, a minha vida, no decorrer dela toda, né. Ela é do tempo em que eu era menina, né. Então, eu tava na flor da mocidade né. Tava assim tipo, criando minha filha.

Na configuração subjetiva de Nina, os sentimentos de abandono ao mesmo tempo em que geravam instabilidade, também se constituíam como fonte mobilizadora de recursos subjetivos disponíveis para a busca de alternativas para superar as dificuldades produzidas na configuração de sua família.

Nina solicitou papel e caneta para poder expressar o que estava sentindo naquele momento. Ela apresentou melhora na grafia e no alinhamento da sua letra, quando comparada com aquela do primeiro encontro conosco, demonstrando, nessas atividades e nas suas verbalizações, que seu pensamento estava congruente e organizado. Nesse processo, mobilizada pelo receio do abandono, ela demonstrou de forma recorrente a preocupação com o sucesso de sua filha e dos seus netos, pois esperava ser cuidada por eles, ao mesmo tempo em que anseia curar-se das doenças pelas quais foi rotulada durante a sua vida. Para tanto, esforçava-se frequentando com assiduidade as oficinas, pois essa proposta era concebida por ela como um espaço terapêutico, o qual se constituiu como uma via alternativa para o enfrentamento do sofrimento, para além do uso exclusivo do psicofármaco. O receio do abandono e o sofrimento que dele decorre são pilares da sua configuração subjetiva da ação, conduzindo-a ao desafio de aprender a bordar, conforme está apresentado na Figura 6.

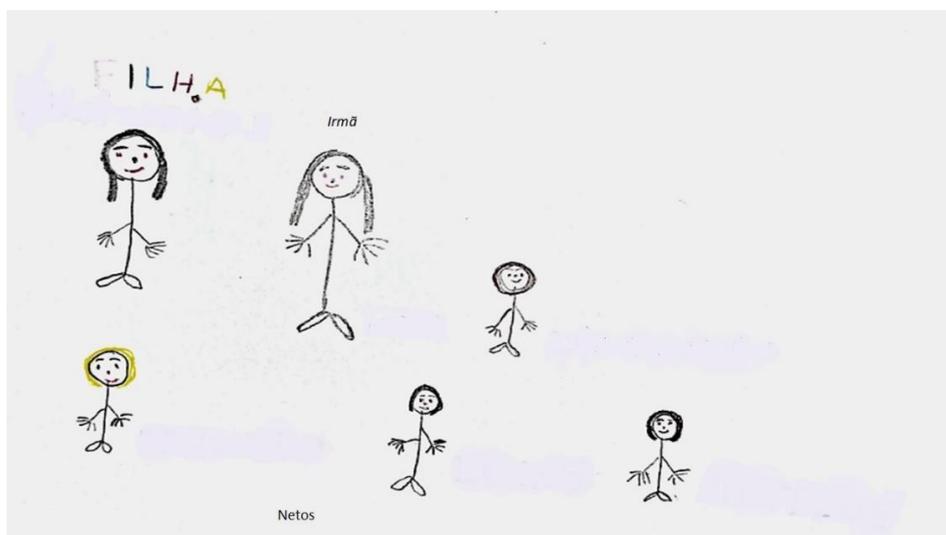
Figura 6: Escrita sobre o momento vivido na oficina.

Meus motivos pra viver nesse momento da minha vida é ver meus netos crescerem mesmo com os problemas que eles enfrentam com a separação dos pais
me curar dessa depressão, esses transtornos mentais, transtornos líbidos
é ver a minha filha crescer na vida para cuidar dos filhos dela e me cuidar também

Fonte: Própria

Em um novo encontro, ainda apresenta algumas alterações psicológicas como a ecolalia e a rigidez motora nas mãos, o que atrapalha o tecer do bordado, porém o pensamento começa a se organizar. Com o objetivo de falar sobre seu relacionamento familiar quando solicitada a desenhar a sua família, ela não questionou o fato de não saber desenhar, como nas atividades anteriores, mas usou letras coloridas para nomear cada pessoa (foram apagadas para não identificar os nomes das pessoas) e aumentou a proporção do tamanho das suas ilustrações, utilizando quase todo o espaço da folha de sulfite A4, porém não se coloca junto a eles no desenho.

Figura 7: Configuração de quem Nina considera a família.



Fonte: Própria

A família é entendida como aquela a que se vincula não só pelas relações de consanguinidade, mas também pelo afeto, e consiste em uma das principais redes de apoio para a pessoa em sofrimento psíquico grave. Nesse contexto, os irmãos de Nina se apresentaram como tal por morarem próximos a sua casa, facilitando a convivência entre eles. A irmã caçula de Nina é a âncora dessa relação e ocupa a centralidade no seu cuidado tanto nas questões de saúde, como financeira. Essas atitudes são compreendidas pela participante como proteção, pois: *“Meu dinheiro não fica comigo porque, se ficar comigo, a minha filha quer pegar tudo de mim”*. Em um outro momento, Nina a apresenta como sua mãezinha: *“Minha irmã caçula, que é minha mãezinha agora”*.

Na tessitura do diálogo, vamos encontrar os sentimentos contraditórios que mobilizam a emergência dos sentidos subjetivos para as relações de cuidado-submissão uma vez que Nina não possuía autonomia para gerir as suas finanças. Essa compreensão, em nossa sociedade, está presente na rede de cuidados de pessoas com sofrimento mental, a qual integra a subjetividade social dos componentes dessa relação. Vale lembrar que, na infância, Nina também era submissa e o elo estabelecido entre ela e as patroas das casas onde trabalhava era de cuidado-exploração, com isso gerando sentimentos contraditórios. Nessa mesma condição há muitas “Ninas” silenciadas em diversos lugares deste país, obscurecidas pelas vantagens do subemprego.

Esse processo, embora justificado por Nina como cuidado e proteção, intensifica o seu sofrimento, trazendo sentimentos de repreensão, impotência e dependência, pois se vê alienada para assumir a sua própria vida, com as contradições e desafios a ela inerentes. Goulart (2019) salienta que privar o outro de entrar em contato com as contradições da vida social é impedir que ele se desenvolva como ser humano. Segundo González Rey (2011, p.60), essa afetividade faz com que as relações com as pessoas próximas se constituam em uma importante fonte de sentidos subjetivos na configuração subjetiva do seu sofrimento mental.

Aos poucos, Nina começa a se posicionar, expressando a vontade de voltar para a casa, estabelecer uma rotina de vida e enfrentar os dilemas do seu relacionamento com a filha. Seu lar é o lugar de sua intimidade, uma redoma de

proteção que traz segurança, conforto, referência, convivência social e autonomia para a suas escolhas.

Nina: Eu tô na casa da minha irmã, mas não aguento mais levar ralo do meu cunhado. Então eu falei: eu tô cansada do seu marido me maltratar. E se for pra ser assim, eu quero ir para minha casa. Que lá mal ou bem eu tenho minha filha, eu tenho meu irmão que fica perto de mim e minha outra irmã.

Pesquisadora: Precisamos falar quando algo não nos agrada, não é? E você conseguiu falar para sua irmã.

Nina: Eu consegui! (silêncio). Por isso que eu quero ir pra minha casa (choro forte). Porque já são cinco meses longe de casa. [...] Minha irmã me reprime muito, sabe. Eu sei que é para o meu bem. Só que não tem como eu me desapegar da minha casa.

Nina demonstrava dificuldades para construir vias alternativas para se tornar autônoma, o que é comum em situações em que o “transtorno mental” é tratado na perspectiva do enclausuramento do ser humano, conferindo-lhe poucas condições para a emergência do sujeito. Considerando que as suas vivências indicam insatisfação com a vida que levou, cheia de sofrimentos em decorrência dos danos gerados pelas situações de violências e pela falta de oportunidades para a produção de novos sentidos subjetivos, ela foi levada a experimentar as consequências do processo de exclusão (GOULART, GONZÁLEZ REY, 2017).

Nina então retorna para sua casa, porém não foi o que imaginava que seria: sentiu-se abandonada, sem o apoio da filha, decepcionada enfim. Mais uma vez o seu histórico de vivências, suas necessidades, objetivos, interesses e expectativas iam de encontro aos limites da sua realidade, o que se verifica no diálogo que se segue:

Pesquisadora: Nos últimos encontros, a senhora falou em voltar para casa. Como foi essa volta?

Nina: Então, eu estava ansiosa, mas não foi nada daquilo que eu esperava. Mas o que que eu tenho que fazer? Eu tenho que me adaptar a essa minha vida que eu tenho, que eu tô precisando da ajuda das outras pessoas. E eu não consigo me ver assim. Impotente! Eu quero eu mesmo decidir minhas coisas, e eu não consigo [...]. Às vezes eu sinto que eu estou dependendo muito dos outros, mas me sinto desanimada de fazer as coisas. Mas a minha filha não pensa em me ajudar. A gente mora no mesmo terreno, mas em casa separada. Quando eu vou falar com a minha filha, ela já vem com dez pedras na mão. É como se eu estivesse abandonada. Ela só quer saber de pegar minhas coisas, pedir dinheiro, que eu não tenho.

Nos encontros subsequentes, Nina verbalizou a sua dificuldade de se relacionar com a filha; a comunicação entre elas está prejudicada pelas brigas constantes decorrentes da reforma que a filha está realizando em sua própria casa e, em decorrência disso, as invasões de privacidade em sua residência foram frequentes, causando-lhe desconforto.

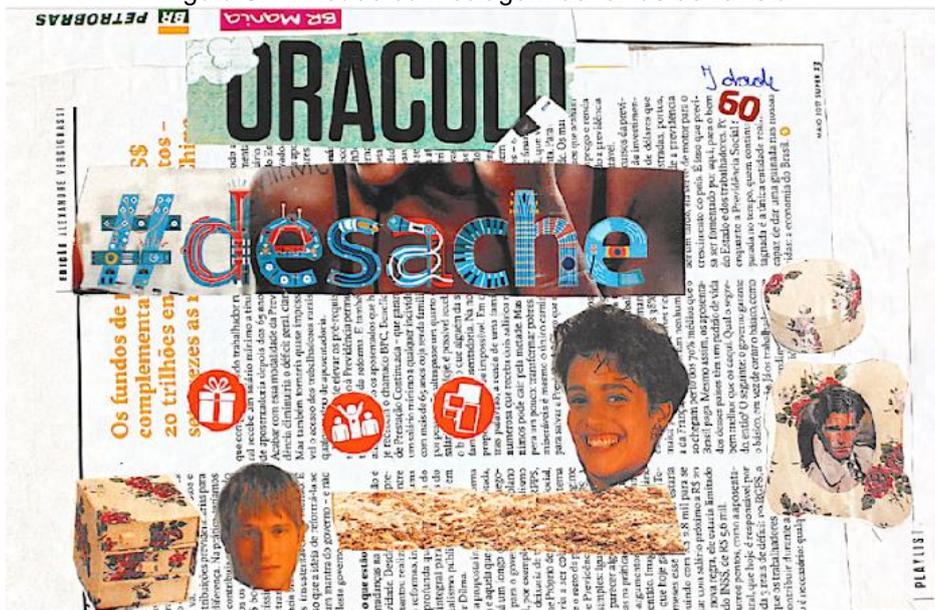
Mesmo considerando um momento difícil da sua vida, Nina conseguiu se posicionar perante a insistência da sua filha para que a mãe fosse morar em outro lugar, e impor o seu desejo de permanecer em sua residência. Em meio às tensões e o turbilhão de sentimentos mobilizados pelas dúvidas, ressentimentos e necessidade de proteção, Nina consegue se expressar diante da situação, afirmando que *“irá permanecer na sua residência”* uma vez que ela tem consciência de que *“essa minha filha me dá todos os tipos de problema que vocês possam imaginar. Na hora que eu mais preciso ela não está comigo”*. As vivências de exploração e violência se atualizam nessa relação, conforme o diálogo: *“Aí ela falou, por que sua irmã comanda o seu dinheiro? Eu falei, porque você gosta de me passar para trás”*. Em que pese a sua preocupação em parecer *“uma monstra para a filha”*, ela não fica nesse lugar, reafirmando que não irá sair de sua casa. Essa atitude de Nina, na condição de agente, quando responde a indagação da pesquisadora: *“E por que a senhora paga? Nina responde: “Então, esse é o problema, pois ela sabe que eu pago. Não era para ser assim. Quem tem que me ajudar não é ela”?* Ela demonstra o seu esforço para manter-se firme diante da argumentação descrita: *“Falei não, não vou mudar! Que negócio é esse. É um desaforo sair da minha casa”*.

As interlocuções da pesquisadora nesse processo demonstraram a sua condição de agente, quando compreendeu a situação da participante e, com isso, construiu as argumentações adequadas para mobilizar a produção de novos sentidos subjetivos para as vivências de exploração e subalternidade, as quais estavam configuradas subjetivamente por Nina. Esses diálogos foram fundamentais para guiar o planejamento das atividades subsequentes, de modo que elas pudessem promover a produção de novos sentidos subjetivos sobre as suas vivências atuais, agora em processo de recuperação da sua saúde.

Assim, apresentamos a técnica da colagem, pois ela “[...] propicia um campo simbólico de inúmeras possibilidades de estruturação, integração,

organização espacial e descoberta de novas configurações” (PHILIPPINI, 2018, p.24). Na construção da colagem, Nina foi verbalizando que a sua vida atual era sentida como “*desastre, pois eu não acho nada em casa, porque a bagunça tá muito. [...] falta o meu espaço, que antes eu tinha, que hoje eu não tenho mais. Eu sinto falta desse meu espaço*”, conforme a Figura 8.

Figura 8: Atividade com colagem de folhas de revista



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

A qualidade dos questionamentos gerados por meio da dinâmica conversacional se constitui em mediadores para que o ser humano possa se desenvolver subjetivamente, paulatinamente assumindo a sua condição de sujeito, transcendendo o espaço normativo integrado à sua subjetividade social e ao grupo do qual participa. Esse confronto foi um instrumento mediador para se criar novas possibilidades de vida, e os conteúdos das comunicações foram essenciais para guiar as novas ações junto com Nina.

O bordar, nesse percurso, foi desafiador, motivando-a a obter novos conhecimentos sobre essa arte, e a reconhecer que as suas habilidades manuais poderiam ser desenvolvidas ao longo do processo. Cada novo trabalho exigia planejamento dos desenhos, das combinações de cores, dos tipos de pontos mais adequados. A cada ponto executado, o diálogo entre nós ia fluindo, tornando possível a Nina defrontar-se com as suas necessidades e limites para a realização dos seus trabalhos. Na perspectiva histórico cultural, habilidade “[...]”

é um tipo de atividade cognoscitiva que coloca o conhecimento teórico em ação” (NUÑES; RAMALHO; OLIVEIRA, 2016, p. 28). E ainda, as habilidades

constituem elementos psicológicos estruturais da personalidade, vinculados à função reguladora-executora. Elas se formam, se desenvolvem e se expressam na atividade em estreita união com os elementos indutores da personalidade (motivos, valores, atitude) e da comunicação. A habilidade é um tipo de atividade cognoscitiva que coloca o conhecimento teórico em ação (NUÑES; RAMALHO; OLIVEIRA, 2016, p. 28).

Portanto a atividade de bordar requer planejamento e seleção de critérios, observação das características dos materiais e dos matizes necessários para que o ser humano consiga compor, recompor, transformando a realidade do tecido segundo as suas possibilidades. Entre os fios e na condução da agulha, os pontos vão sendo confeccionados e, nessa trama, os sentimentos sobre a sua condição atual de vida se misturam às suas vivências anteriores, ficando difícil entender esse emaranhado e arcar com o peso de seu processo de transformação. Nina, entretanto, se esforça para se posicionar como aprendiz e enfrentar dificuldades para concluir o bordado. A sua autoconsciência sobre seus limites é força motriz para superá-los, conforme expressou: “*Só não estou contente porque não consegui concluir o meu objetivo, que é aprender a fazer esse bordado. Mas eu vou ser perseverante, eu vou aprender*”. A qualidade do diálogo estabelecido entre a pesquisadora, o grupo e Nina foi essencial para mobilizar a suas emoções e suas reflexões, criando um cenário acolhedor e propício para as trocas de experiências, de planos, e a abordagem de outros assuntos, proporcionando condições para mudanças na subjetividade, as quais foram ganhando certa estabilidade em outros momentos desta pesquisa no que se refere à busca de novos aprendizados.

A assiduidade na oficina é um indicador de que sua participação ativa nas atividades propostas lhe traz a sensação de bem-estar, uma vez que o cenário da oficina de bordado propiciou o aprofundamento das relações com a pesquisadora, que identificava as possibilidades de Nina para a execução de seu trabalho e, sobretudo, respondia, confrontava, subsidiava as questões que ela trazia a cada ponto da trama. Apesar da importância dos conhecimentos e habilidades desenvolvidas nesse percurso, conforme tradicionalmente se depreende do conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (VIGOTSKI,

1998), o que importa é que as ações e relações construídas foram essenciais para a emergência de Nina como “sujeito que aprende” (GONZÁLEZ REY, 2006). Desse modo, o valor das relações do grupo foi inestimável, mobilizando-as a adotar atitudes proativas em relação à assiduidade e à autonomia para o deslocamento até o CAPS, segundo declaração de Nina na dinâmica conversacional.

Nina: Eu não vou faltar de jeito nenhum, só se no dia que eu não tiver dinheiro para eu vir. E assim, eu estou tentando sair dessa depressão que eu entrei. Ela vem de muitos anos, né. Eu tô conseguindo sair dessa depressão que eu entrei, a qual fora descrita por ela como sendo um buraco, que eu acho que é nada mais que um buraco que a gente entra, e não consegue sair, né. Mas eu tô tentando. Igual eu tô tentando aprender este ponto cruz que nós estamos fazendo aqui.

As motivações se integram ao sistema de configurações subjetivas, dentro do qual emergem novos sentidos subjetivos no percurso da trama, constituindo-se em produções subjetivas que estão envolvidas no resultado final de cada atividade: a confecção do coração, incentivada e orientada pela pesquisadora (GONZÁLEZ REY; GOULART, 2019), foi completada por Nina (Fig.9).

Figura 9: Nina mostrando a atividade de bordado de ponto cruz: um formato de coração.



Fonte: Própria

Aprender algo novo nas oficinas e executar o bordado constituíram um indicador de mudanças subjetivas, como ficou expresso: “*Eu quero sair desta terapia curada*”, avaliando o processo ora vivenciado como terapêutico. A princípio, ele foi considerado como um momento lúdico e, nessa oportunidade,

compreendido como o lugar de cura uma vez que ele proporciona uma rede de cuidados entre as participantes. Com isso, aprendemos que o cenário da pesquisa é dinâmico, podendo adquirir novos sentidos subjetivos para os envolvidos.

Para proporcionar ao grupo novos desafios, introduzimos o bordado no tecido xadrez. Inicialmente Nina demonstrou-se apreensiva com essa nova proposta, mas, com auxílio e incentivo das participantes e da pesquisadora, ela executou a referida atividade. Essa situação demonstra a força do grupo, constituindo-se em cenário de pertinência de Nina a ele. Há troca de saberes, há escuta de suas histórias e ela se sente validada ao construir algo sem as cobranças de acertos. Nessa dinâmica ela foi desenvolvendo maior autonomia para manipular os materiais, revelando domínio do uso dos instrumentos, linhas, agulhas e tesouras sem que haja preocupação e cuidado excessivo por parte de outras pessoas. Sugere-se que o CAPS deva avançar nessa direção, construindo cenários adequados para que os seres humanos que o frequentam possam usufruir das redes de cuidados, as quais deveriam assumir uma perspectiva educativa, uma vez que o caráter relacional da vida humana está implicado na “configuração subjetiva, não apenas do sujeito e de seus diversos momentos interativos, mas também dos espaços sociais em que essas relações são produzidas” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 24).

Ao final do encontro, Nina expõe que a proposição do novo bordado a deixou com medo e insegura, pois temia não conseguir aprender. O desafio de novas aprendizagens possibilitou o desenvolvimento de funções psicológicas superiores, motivando-a a dedicar-se na atividade. Nota-se que ela se reconheceu no que fez e se surpreendeu com o seu progresso, conforme relatou: “*não sabia que sabia*”. Assumir a condição de “sujeito que aprende” implica reconhecer-se como tal e com possibilidade de pensar, agir, auto-organizar-se em meio à sua produção subjetiva (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017), como ilustra o diálogo a seguir:

Pesquisadora: Conta para mim como foi o encontro?

Nina: Eu tive medo! Igual quando você mostrou aquele tecido xadrez ali, eu falei assim: ai rapaz, o que é aquilo ali? O que vem ali? Será que vou conseguir?

Bela: Confesso que também tive medo do xadrez (risos)

Nina: Você também teve medo do xadrez? Me perguntei: será que eu vou conseguir? Mas eu consegui. Eu sou capaz. Esse aqui é um mundinho só nosso! Aqui estamos aprendendo a não ter medo. Aprendendo a enfrentar. Eu hoje estou feliz, porque estou aqui, no meio de vocês. Que é o lugar em que eu sinto paz, porque aqui, pelo menos eu tô aprendendo aquilo que eu não sei fazer, ou eu já sabia e não sabia que sabia. Eu só não sei inventar muita coisa. Igual aqui, eu erreí tudinho, mas eu não vou voltar atrás e fazer de novo.

No encontro subsequente, Nina chegou animada e arrumada, enfatizando que estava de roupa nova e aparentou estar com aspecto mais saudável fisicamente. Arruma-se para a oficina e pede a validação das mulheres do grupo *“Você viu diferença em mim? É que eu passei um batonzinho, passei um pozinho. Tô bonita. Eu só não nasci rica (risos)”*. Diante dos aspectos positivos reforçados pelas participantes do grupo *“Você mudou. Você mudou. Sim, está mais forte, mais segura. A gente vê na expressão”*, Nina se percebe mais forte e exclama: *“Eu mudei. Eu me sinto mais forte”*. Sua fala está mais coerente com o ritmo do pensamento, e ela demonstra estar mais atenta às suas próprias mudanças.

Bordar ponto a ponto organiza e tece o caminho a ser aprendido e trabalhado no bordado, possibilitando à Nina aprender a controlar emoções e a enfrentar situações adversas; ela toma consciência dos sentimentos produzidos nessas experiências, produzindo novos sentidos subjetivos.

O autocuidado de Nina é evidenciado e incentivado na medida em que tem a aprovação do grupo e se percebe capaz. Ela se sente mais fortalecida para o seu autocuidado, tomando para si o protagonismo da sua vida e o desejo de melhorar a sua aparência física e suas interações, demonstrado ao desenvolver o relacionamento com outras mulheres do grupo.

Nina se mostrou acolhedora frente à situação vivenciada por uma das colegas ao afirmar *“quando você fica triste, nós ficamos triste também. Que aqui nós temos que ser solidários uns com os outros. Porque nós não estamos aqui pra brincadeira, né”*. Ficam evidentes a importância do grupo e o seu impacto no desenvolvimento subjetivo das mulheres, uma vez que elas se fortalecem, experimentam a sensação de pertencimento e têm a liberdade de poder fazer observações umas das outras.

Na trama dos encontros, Nina participa mais ativamente das atividades, relacionando-se com as colegas, e as histórias se misturam e se diferenciam na singularidade de cada uma. Esse movimento de confronto, entremeado pelas contradições presentes nos posicionamentos de Nina, subsidiaram a construção dos processos educativos, nos quais integraram informações, conhecimentos e o aprendizado da arte de bordar, amalgamados por um cenário de afetos e emoções. Mesmo em situações extremas vivenciadas por Nina, a adoção de propostas de trabalho na perspectiva cultural-histórica em ambientes como o CAPS tem efeitos terapêuticos na medida em que favorece a emergência do sujeito.

Nina passa a fazer escolhas, por exemplo: o tamanho do tecido, o desenho e a cor que deseja usar para bordar, demonstrando que pode se decidir sobre isso, sem ter que concordar com o que os outros resolviam para ela. Pouco a pouco as atividades desenvolvidas nos encontros lhe deram condições para que ela se posicionasse e emitisse a sua opinião. Quando interpelada pela pesquisadora sobre o que gostaria de bordar, ela respondeu: “Ah, pode ser um gatinho. É fácil de fazer? [...]”. A pesquisadora orienta: “pode ser este gato? E pode ser de qualquer cor”. Ela respondeu decididamente: “Eu vou fazer de preto então”. Essa iniciativa, caracterizada como indicador de mudança, foi valorizada pelas outras participantes do grupo *“Olha, você está vendo isso!! A Nina empoderou-se (Bella)”*. Além disso, o ambiente de diálogo proporcionado por esse trabalho foi sendo tecido e compartilhado entre Bella e Nina, como revela o seguinte relato:

Nina: Ah, eu amei o meu trabalho. Eu consegui fazer o gatinho.

Bella: Estou feliz de estar aqui. Vou escrever Bordando a Vida.

Nina: Eu também quero escrever.

Bella: Olha, você está vendo isso!! A Nina empoderou-se.

Nina: Esqueci de passar meu batom hoje, (risos), agora eu estou usando lápis e batom. E hoje eu esqueci.

Pesquisadora: E o que fez a senhora mudar desse jeito?

Nina: Não sei. Acho que é a convivência aqui.

Bella: Está até parecendo peito que ninguém via (risos).

Nina: Mas é bojo, propaganda enganosa (risos). Por isso que eu gosto de vir aqui. Aqui a gente se diverte.

Bella: Aqui a gente se irmana uma com as outras.

Nina: É mais do que na família.

Com o desenvolvimento dos encontros, Nina revela sua autoconsciência de sentir-se mais fortalecida e progredindo a cada dia *“Cheguei aqui num estado, que eu pensei que não ia conseguir. Eu saio daqui fortalecida, sei que estou progredindo cada dia. Eu não deixo de vir. Porque para mim aqui é um refúgio, é um porto seguro, entendeu? Eu estou evoluindo”*. A mudança de Nina também é percebida pelas mulheres do grupo ao afirmarem: *“Eu vi como ela chegou aqui. Toda travada. Hoje eu me emociono ao vê-la melhor. Acho que a terapia está ajudando (Bella)”*. Assim, paulatinamente, Nina vai assumindo a posição de agente na medida que compreende que está conseguindo progredir, rompendo com a sua condição de subserviência, a qual foi elemento central em sua configuração subjetiva.

A relação de cumplicidade estabelecida entre Nina, a pesquisadora e as demais mulheres revela valorização e compreensão mútuas que possibilitaram o desenvolvimento da autoconfiança como uma força subjetiva e favoreceram a autonomia em processos decisórios. Esse desenvolvimento permitiu que Nina criasse condições de percorrer com mais descontração e determinação os processos difíceis da vida, conforme afirma: *“Só que às vezes eu vejo as coisas ficarem muito difíceis, eu quero desistir, mas agora eu não desisto, entendeu. Eu tô vendo que eu estou conseguindo sair deste trauma que eu peguei, sei lá se foi um tipo de trauma que eu peguei não sei. Estou conseguindo fazer as coisas sozinha”*. Ao falar de si, Nina abre espaço para o autoconhecimento e percebe as mudanças em si própria, com a consciência de voltar a ser quem era, na forma de interação com as pessoas e no desejo de não retroceder no adoecimento mental: *“E fui me recuperando, hoje eu posso dizer que eu sou Nina. É ser eu mesma”*.

Nina: Estou conseguindo fazer as coisas sozinha. Até o meu dinheiro tô cuidando, mas minha filha não pode saber. Por isso que eu gosto de vir aqui. Eu saio daqui feliz da vida. Eu tenho problema, mas vou procurar superar.

Figura 10: Evolução do bordado de ponto cruz em tecido xadrez: tulipa e gato preto.



Fonte: Própria

Nas tessituras da proposta de realização de outro tipo de bordado, Nina verbaliza novamente a sua preocupação: *“Ai, ai, ai. Vixi que difícil!”*, entretanto, essa fala ganhou outra conotação, solicitando mais informações sobre a técnica: *“Mas essa daqui a senhora não risca, professora?”* A pesquisadora recorda com ela: *“Você lembra como era alinhar roupa em casa?”* Nina responde que sim e comemora: *“Olha aí, terminei outra carreira. Aleluia terminei gente, olha aí”*.

Figura 11: Nina iniciando o bordado vagonite e finalizando o barrado.



Fonte: Própria

A Figura 11 demonstra o envolvimento de Nina com a nova proposta de bordar, mantendo-se ativa todo o período em que estivemos juntas nessa atividade. O acompanhamento de seu desenvolvimento pessoal por meio do compartilhamento de conhecimentos, de dúvidas, de tensionamentos, de afetos, de sentimentos, de limites e de possibilidades a cada nova conquista ganharam outros significados no percurso terapêutico. Portanto o reconhecimento de que a aprendizagem de algo novo para ela era satisfatória e gerava bem-estar foi-se constituindo como fonte de produção de sentidos subjetivos.

Além disso, suas indagações e a sua impressão pessoal sobre as atividades sugeridas nas oficinas eram constitutivas do processo de aprendizagem, que se organizava com a produção de novos recursos subjetivos, como autonomia e segurança.

Uma atividade artística com giz de cera derretido em vela foi apresentada ao grupo com o objetivo de provocar a imaginação e a criatividade das participantes para trabalharem com algo diferente do habitual, desafiando-as. A técnica consistiu no desenho com o uso do giz de cera derretido com fogo. No início da atividade, Nina se percebeu apreensiva como em outros momentos em que novas atividades foram apresentadas, mas logo em seguida começou a desenhar seu autorretrato.

Figura 12: Nina e o desenho livre com giz de cera derretido no fogo da vela.



Fonte: Própria.

Seu desenho (Fig.12 e 13) é proporcionalmente maior do que o realizado no primeiro encontro, ocupando metade da folha de papel A4 e exibindo cores vivas para representá-la, revelando sua nova identidade: *“Parece que eu consegui. Só o cabelo que não deu certo, porque não apareceu bem, mas eu fiz eu e uma flor. Escrevi: a luz é divina, é vida, ela é reluzente e pode significar várias coisas ao mesmo tempo, por isso eu prefiro luz ao escuro”*.

A forma como se representou nesse desenho (Fig. 13) foi diferente daquela que realizou anteriormente (Fig. 2). Ela demonstrou a sua autoconsciência sobre as suas vivências, confrontando-as com as do grupo, mediante a produção de recursos subjetivos mobilizados pela aprendizagem de novos saberes e habilidades. Assim, Nina vai rompendo com a clausura gerada pelos danos da fragilidade da sua condição de saúde mental. Novos sentidos subjetivos foram sendo gestados: *“Para mim o bordado é algo que eu não sabia fazer e que hoje eu estou conseguindo. Então hoje eu estou conseguindo aceitar mais a minha doença. E o que eu tenho? Eu sei que eu tenho, eu aprendi aqui. E eu aceito o que tenho. Eu me aceito como sou”*.

Figura 13: Desenho livre com giz de cera derretido no fogo da vela



Fonte: Própria.

Os sentidos subjetivos produzidos nos diferentes momentos da vida se integram aos processos atuais e configuram a forma como o momento atual é subjetivado. Portanto o processo de adoecimento é singular e requer metodologias que sejam pertinentes para o planejamento de terapêuticas com perspectivas educacionais, que, no curso da aprendizagem de novos recursos subjetivos, favoreçam a emergência do sujeito para que ele tenha autonomia para fazer novas escolhas. Sobre isso, González Rey; Mitjáns Martínez (2017) complementam:

A produção de sentidos subjetivos representa um processo infinito, em que estes se associam uns aos outros, implicando novas ações e comportamentos nos agentes individuais, que, sem ter uma percepção consciente desse processo, vão gerando novas trajetórias de vida que, ao serem configuradas subjetivamente, permitem produções de sentidos subjetivos essencialmente diferentes daquelas que mantinham os indivíduos numa situação permanente de sofrimento, seja por condições específicas da doença ou por qualquer outra construção institucional (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p.155).

A busca da autonomia foi recorrente durante a pesquisa, e o retorno ao trabalho vai ocupando centralidade, sobretudo quando informa que a sua patroa demonstrou interesse em seu retorno às atividades laborais. Esse contato lhe

causou satisfação, no entanto, sente-se limitada por causa dos efeitos dos medicamentos que toma. *“É que, como eu tomo esses remédios fortes aí, a doutora falou que eu não posso trabalhar ainda”*. Ela tem consciência dos seus limites em decorrência do parecer médico e das cláusulas de seu afastamento concedido *“pelo pessoal do INSS²⁰”*. Porém expressa o seu receio de ficar ociosa: *“Mas como que eu vou ficar parada dentro de casa sem fazer nada?”* e relata a sua vontade de voltar a trabalhar afirmando que é: *“para ocupar minha cabeça. Porque lá pelo menos eu tô trabalhando. Eu adoro passar roupa”*. Em que pese a sua vontade de voltar a exercer a sua profissão, ela reconhece as suas limitações, mas discorda do seu irmão que a considera gananciosa. Os indicadores construídos no bloco de complemento de frases, integram a avaliação sobre a sua atual condição de vida:

Minha preocupação principal... estar trabalhando
Tenho medo... de ficar desempregada
O trabalho... muito importante
Esforço-me diariamente... para ser útil
Meu maior temor... ficar doente, ficar desempregada e sem dinheiro
Estou melhor quando... estou trabalhando, fazendo crochê

No 24º encontro, Nina retornou ao trabalho mesmo contra a vontade dos irmãos, mesmo sem a liberação da médica do CAPS, e com medo de perder o benefício do INSS. Ela enfrenta todas as impossibilidades e as condições desfavoráveis à sua decisão. Para Nina, o trabalho se configura, subjetivamente, como forma de adquirir bens materiais, pela necessidade de se sentir útil, de voltar a ter liberdade financeira, de cuidar do seu próprio dinheiro, de não ser julgada como preguiçosa, mas também de poder se relacionar com outras pessoas. Nina contou ao grupo que foi passar roupa para uma antiga patroa que, em troca, ela pintou suas unhas e seus cabelos. A nossa hipótese é de que, nesse contexto, ela se valeu de seus recursos subjetivos quando subverteu o estabelecido e se lançou com autonomia, assumindo decisões arrojadas: *“Ah é, minha irmã não quer que eu volte não, mas eu falei: eu tenho que lutar! Eu quero ser feliz”!*

²⁰ Instituto Nacional do Seguro Social (órgão do Ministério da Previdência Social)

Depois desse encontro, Nina começou a trabalhar em outras residências em busca das suas realizações pessoais uma vez que elas estavam prejudicadas tanto pelos danos gerados pela carga simbólica da doença, quanto pela intensificação dos sintomas e dos efeitos colaterais dos medicamentos que utilizava.

A satisfação que essa decisão lhe trouxe possibilitou a configuração de uma nova organização subjetiva e novas ações que se expressaram em outros contextos de sua vida, como a de assumir os cuidados com a sua própria saúde e buscar relacionar-se afetivamente com um namorado. A sua vivacidade decorrente de suas atitudes arrojadas foram indicadores de sua evolução, como relato que se segue:

Nina: Eu tenho uma novidade. Estou namorando.

Bella: Não diga. Quem é ele?

Nina: É um antigo amigo meu. Então, ele é casado mas não está morando com ela. Ela foi embora para outra cidade. Eu tô gostando dele. Ele me dá um monte de presente. Ele me busca de carro em casa e leva para a casa dele. Nós nos falamos todos os dias pelo celular.

Bella: E como é...funciona?? (se referindo ao sexo)

Nina: Funciona, minha fia (gargalhadas).

Pesquisadora: Está usando preservativos?

Nina: Ah, professora, tem vez que usa, tem vez que não. Ele não quer usar, professora. O que eu faço? Outro dia eu até peguei no postinho camisinha para ele.

Bella: E ele usou?

Nina: Usou uai.

Outro indicador de mudança é o interesse de Nina para retornar aos seus estudos. Diante dessa possibilidade, ela se sente mais independente, se percebe mais disposta e confiante para as tomadas de decisões, inclusive para retomar as atividades que havia deixado de lado em decorrência dos danos gerados pelo seu sofrimento.

Nina: Eu queria voltar a estudar. Será que eu consigo? Vou fazer a minha matrícula. Você acha que é uma boa para mim?

Pesquisadora: Claro que sim.

Nina: Mas acho que tenho medo de ir sozinha de noite.

Pesquisadora: Mas não precisa ser de noite. Pode ser à tarde. Vou perguntar na Secretaria de Educação.

Diante dessa manifestação, a pesquisadora viabilizou uma reunião com a coordenadora pedagógica da escola próxima à residência da Nina; porém, com a chegada da pandemia da Covid-19, não foi possível dar continuidade a essa

reunião e aos trâmites de matrícula na escola. Nessa ocasião, a Secretaria Municipal de Saúde interrompeu todas as atividades realizadas em grupo nas dependências dos CAPS e, desse modo, os encontros da oficina também foram interrompidos.

Com o prolongamento do isolamento social devido à pandemia, decidimos por aplicar a atividade de complemento de frases na residência de Nina, instrumento que colaborou para identificar o sentido subjetivo que as oficinas produziram nos diversos encontros. Dentre o conjunto de informações que obtivemos nessa etapa, selecionamos aquelas que evidenciam que a aprendizagem foi fonte geradora de recursos subjetivos, por proporcionar-lhe condições para o enfrentamento de novos desafios em sua vida, conforme o trecho a seguir:

Quando estou no CAPS... me sinto feliz e tranquila

Quando estou nesta oficina... me sinto muito solta e feliz.

Foi muito bom, né. Eu conheci pessoas, eu aprendi a fazer trabalhos manuais, lá. Foi muito bom pra mim. Eu gostei muito de ir na terapia. Eu já estava acostumada a ir. Lá eu aprendi que você tem que sei lá, tem hora que enfrentar os problemas passados e tentar viver melhor, com mais alegria, né. Discutimos um monte de coisas sobre a vida. Lembro do momento bom que a gente ficava lá conversando com as meninas. Sinto falta dessas conversas.

Meu futuro... quero ser feliz. Agora eu posso ser feliz.

Arriscamos afirmar que o conjunto das informações produzidas nas interlocuções com Nina indicou que houve mudanças na organização emocional, como se pode observar na entonação de sua voz, na qualidade do conteúdo de sua comunicação, na conquista da autonomia e na desenvoltura para resolver os problemas de sua vida.

A qualidade do seu diálogo para relatar os seus sentimentos e opiniões foi observada pelas demais participantes quando compararam a diferença de comportamento entre o início e o término desta pesquisa:

Bella: Eu lembro da Nina quando ela chegou aqui. Eu achava que ela não tinha solução. Tanto que eu me emocionei quando eu vi Nina aqui fazendo o curso.

Estela: Eu vi a transformação do começo até hoje. Eu vi a diferença da Nina tremenda, no começo era encolhidinha, e aos poucos foi se tornando uma mulher forte.

A entrevista com Luiza, irmã de Nina, reitera as avaliações de Bella e Estela quando destacou as aprendizagens que a oficina proporcionou: *“Ela comenta que ela aprende. Ela fica aqui crochutando. Já fez bastante tapete. Já está voltando à vidinha dela já. [...] Nossa, ela já perdeu até o medo de andar de ônibus, então foi muito bom. Porque ela agora já está andando mais sozinha”*. Luiza entende que a oficina foi terapêutica para Nina, pois ela retornou às atividades laborais; ela *“tá indo lá na mulher que dá roupa para ela passar. Então ela está praticamente caminhando, vamos colocar assim 70% já. De tudo o que passou ela já está uns 70%, ela já tá tranquila”*.

Entendemos que à medida que o diálogo foi sendo tecido em rede de colaboração, incentivando o ser humano a enfrentar os desafios, como o proposto nesta pesquisa, mobiliza-o ao encontro de novas possibilidades obscurecidas pela situação de sofrimento.

Na perspectiva da Teoria da Subjetividade trabalhada neste eixo temático, a ênfase não está no sofrimento mental em si, mas na configuração subjetiva constituída pela produção de sentidos subjetivos que emergiram após as experiências vividas por Nina, principalmente na infância, tais como o abandono familiar e a perda dos pais, a violência sexual vivenciada, o trabalho infantil, o abandono dos estudos e a dependência das pessoas. Isso tudo dificultou a criação de novos recursos subjetivos alternativos e novas possibilidades para enfrentar as adversidades encontradas no decorrer da sua vida, passando a se tornar uma configuração subjetiva dominante. Mediante isso, a configuração subjetiva de seu sofrimento mental passou a ser fonte de sentido subjetivo associado à dependência, a limitações impostas, à ansiedade, à sensação de incapacidade, ao medo; e, aos poucos, foi perdendo a capacidade de construir novas vias de subjetivação para superar os danos gerados pelo seu sofrimento mental. O Quadro 3 sintetiza o movimento da subjetividade de Nina no percurso da pesquisa.

Quadro 3: Características apresentadas por Nina no início e ao final da pesquisa

Início da pesquisa	Final da pesquisa
<p>Características psicológicas integradas à sua configuração subjetiva: Submissa Passiva Dependente Insegura (pensamento persecutório) Reservada</p>	<p>Características psicológicas integradas à sua configuração subjetiva: Autônoma Ativa Segura Altiva</p>
<p>Característica da Comunicação Ecolalia, fala acelerada. Linguagem (fala) desconexa.</p>	<p>Característica da Comunicação Linguagem expressando a coerência do pensamento.</p>
<p>Características motoras: Dificuldade motora fina de membros superiores, como manipular objetos com a mão (exemplo: segurar a agulha). Dificuldade com os membros inferiores para caminhar.</p>	<p>Características motoras: Domínio e controle motor grosseiro e fino para o desenvolvimento das atividades.</p>
<p>Características fisiológicas: Dificuldade para controlar os esfíncteres. Diagnóstico de transtorno mental e uso de medicamentos psicofármacos.</p>	<p>Características fisiológicas: Domínio do controle de esfíncteres. Diminuição do uso de psicofármacos.</p>
<p>Uso de medicamentos: Cloridrato de Amitriptilina, Carbonato de Lítio, Sertralina, Bupropiona e Risperidona.</p>	<p>Uso de medicamentos: Cloridrato de Amitriptilina, Cloridrato de Prometazina e Risperidona.</p>
<p>Configuração da família Sentidos subjetivos conflituosos em relação aos familiares que assumiram os seus cuidados. Sentidos subjetivos conflituosos com a filha.</p>	<p>Reconfiguração subjetiva da família: Novos sentidos subjetivos em relação à sua filha, posicionando-se sem culpa e de forma segura no estabelecimento de limites. Novos sentidos subjetivos em relação aos cuidados de seus irmãos, entendendo-os como proteção e não como cerceamento de liberdade.</p>
<p>O outro na configuração subjetiva Sentidos subjetivos orientados para a defensividade proveniente das vivências abusivas e violentas. Relações interpessoais ameaçadoras e resistência à amizade ou aproximação de outras pessoas.</p>	<p>Reconfiguração subjetiva do outro Sentidos subjetivos orientados para a valorização das pessoas que se dedicam a colaborar com o estabelecimento de seu bem estar. Sentidos subjetivos positivos no que se refere ao grupo da oficina terapêutica.</p>

	Sentidos subjetivos positivos em relação à aproximação com outras pessoas.
<p>Aspectos educacionais Não frequentava a escola. Ausência de perspectiva de retorno à escola Desconhecimento da sua condição de saúde, entre outras, referentes ao cuidado pessoal. Desconhecimento das técnicas de bordado e de crochê. Dificuldades para escrever e desenhar.</p> <p>Sentidos subjetivos orientados pela impotência dos limites de suas possibilidades para novas aprendizagens.</p>	<p>Aspectos educacionais: Sentidos subjetivos orientados para a valorização da aprendizagem com fontes mobilizadoras de produção de novos recursos subjetivos.</p> <p>Reconfiguração do valor da educação para a aprendizagem de novos saberes e habilidades: Sentidos subjetivos positivos em relação à sua potencialidade para novas aprendizagens. Sentidos subjetivos positivos em relação ao autocuidado, desenvolvendo condições para gerenciar a sua vida.</p> <p>Sentidos subjetivos positivos em relação aos propósitos da oficina, reconhecendo-a como âncora e, ao mesmo tempo, promotora de novas oportunidades de aprendizagens.</p>
<p>Aspectos Laborais: Afastada do trabalho por licença de saúde.</p> <p>Sentidos subjetivos orientados para os efeitos iatrogênicos dos diagnósticos médicos.</p>	<p>Aspectos Laborais: Reconfiguração da sua condição de saúde, subvertendo as orientações estabelecidas pelo espaço normativo (licença de saúde).</p> <p>Sentidos subjetivos orientados para novos investimentos nas atividades laborais, buscando outras vias para a sua sobrevivência financeira.</p>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Eu quero desaprender para aprender de novo.
Raspar as tintas com que me pintaram.
Desencaixotar emoções, recuperar sentidos.*

Rubem Alves

Este estudo fundamentou-se em uma perspectiva da Teoria da Subjetividade e buscou compreender as configurações subjetivas do sofrimento mental de mulheres atendidas em um CAPS, enfatizando processos de mudanças a partir da inserção em uma proposta educativa no espaço de uma oficina terapêutica.

A pesquisa proporcionou a construção de modelos teóricos com objetivo de auxiliar as práticas educativas que evidenciaram a subjetividade em relação ao sofrimento mental de mulheres no curso de suas vidas e o desenvolvimento subjetivo a partir da participação delas em uma oficina terapêutica. Podemos afirmar que a oficina terapêutica se tornou a principal ferramenta para a aprendizagem dessas mulheres, garantindo que elas se tornassem sujeitos dessa nova condição de vida, com capacidade de se transformar e de se desenvolver.

É perceptível a subjetividade social dominante tanto em relação às instituições e serviços de atenção em saúde mental, como no sentido subjetivo das pessoas na sociedade ao considerarem que a doença mental só pode ser tratada e curada por meio do uso contínuo de psicofármacos.

O cenário construído no espaço da oficina proporcionado pelo desafio das atividades propostas possibilitou mudanças no sentido subjetivo das mulheres, o que foi evidenciado nas interações entre elas e as respectivas famílias. Não obstante observou-se que esse processo foi-se constituindo em recursos necessários para o enfrentamento dos danos gerados no adoecimento de cada uma delas, na medida em que conseguiram obter melhor compreensão de si e autoaceitação. Essas ações e relações ali estabelecidas as mobilizaram para assumir, em certo nível, a condição de sujeito no processo de aprendizagem sobre direitos, deveres, conhecimentos sobre os fenômenos que afetam as mulheres, considerando as particularidades de cada uma delas, promovendo, com isso, o desenvolvimento de recursos psicológicos.

Uma das contribuições do estudo se refere ao espaço dialógico proporcionado pelo respeito e pela escuta atenta que permitiu a observação das interações e reações, da expressão de sentimentos, do reconhecimento dos potenciais individuais e das mudanças que as participantes realizaram em seu próprio caminho e em suas relações familiares e sociais, contribuindo, dessa forma, para a produção dos recursos subjetivos que favoreceram, em certas situações, a emergência do sujeito. A tessitura e a ressignificação de seus afetos levaram-nas à maior adesão ao tratamento e consequente melhora na qualidade de vida.

As ações educativas tiveram função terapêutica, pois possibilitaram alterações nas configurações subjetivas das participantes desta pesquisa. A aprendizagem dos conhecimentos e de novas habilidades possibilitou o desenvolvimento da autonomia para a tomada de decisões, as quais foram identificadas nas expressões verbais e atitudinais de cada uma, como ocorreu no estudo de caso de Nina. Sobre isso, Goulart (2017) ressaltou que

quando uma pessoa participa de uma oficina terapêutica o que define sua experiência como terapêutica não é a verbalização de determinado processo pessoal ou a operacionalização de alguma atividade específica, mas o que a pessoa está sentindo e produzindo subjetivamente à medida que participa dessa atividade (p.57)

A oficina funcionou como âncora ao se revelar como um espaço sócio-relacional onde as mulheres se sentiam seguras para se assumirem com seus limites e possibilidades, criando novas alternativas para o enfrentamento dos problemas, com isso rompendo a compreensão hegemônica de que a incapacidade decorrente dos danos causados pelo sofrimento mental possa ser atribuída ao distúrbio comportamental de pessoas com essas características. Assim, a situação de incapacidade é gerada na relação entre o ser humano e seu contexto social; quando em situações extremas, nem sempre é libertador.

As participantes desta pesquisa se encontravam, muitas vezes, em contextos que desafiavam os seus limites, por serem maiores do que elas podiam suportar naquele momento. No entanto os problemas, quando

transformados em desafio, se constituem fonte motivadora de diálogos e de novas aprendizagens, possibilitando trocas de conhecimentos sobre a saúde da mulher, reflexões sobre temas polêmicos, atividades de bordado e desenho, entre outros.

Os processos educativos, quando promovem condições de aprendizagem, mobilizam o desenvolvimento de recursos subjetivos necessários para o enfrentamento dos danos gerados pelo adoecimento, posicionando-se como agente e, com isso, construindo novas vias alternativas de subjetivação. A produção de novos sentidos subjetivos para a condição de saúde possibilitou às participantes o domínio para o manejo das situações adversas da vida. Entretanto ainda há que se estudar e entender de que maneira elas conseguiram sair do enclausuramento imposto pelo “transtorno mental para viverem novas experiências relacionais tanto consigo próprias quanto com as outras pessoas, e como elas integram esses sentidos na produção de seu desenvolvimento.

As mulheres analisadas, e Nina em especial, foram paulatinamente assumindo a condição de sujeitos da aprendizagem, pois observamos que elas enfrentaram os problemas de suas vidas criando novas alternativas para superá-los por meio de reflexões críticas sobre as situações e fenômenos do cotidiano, posicionando-se de forma autônoma e protagonizando novas experiências de vida. Registre-se aqui o papel ativo e criativo do pesquisador, que, na condição de agente/sujeito, favoreceu o espaço relacional, ampliou o diálogo, demonstrando que essa experiência mobilizou o nosso desenvolvimento na qualidade de pesquisadora.

Na configuração subjetiva das participantes deste estudo, observou-se que elas se organizavam em torno de ritos de dependência de seus cuidadores, mostravam-se incapacitadas pelo excesso de medicamentos, amortecidas pelo desânimo e abatidas pela falta de perspectivas. Fica evidente o valor da pesquisa de natureza longitudinal, a qual possibilitou acompanhar o movimento da subjetividade de cada uma delas quando desafiadas pelas novas aprendizagens, tendo sido orientadas pela sensibilidade da pesquisadora para explorar as nuances das diversas situações compartilhadas em dois anos de trabalho.

Um ambiente de saúde, como é o do CAPS, deve assumir a concepção de educação social uma vez que se trata de um espaço propício para proporcionar condições de aprendizagem, assim favorecendo o desenvolvimento de recursos subjetivos necessários para que as participantes desse espaço consigam agenciar a sua própria vida. Há necessidade de mudar a subjetividade social dos integrantes dessa instituição, subvertendo a lógica patologizante.

Embora os modelos e a política de saúde mental vigentes no Brasil discorram sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e apresentem diretrizes que norteiam ações que garantam a autonomia, o exercício de cidadania, a inclusão e a vida em sociedade dessas pessoas, observa-se que a configuração subjetiva dos profissionais resiste, ainda, em modelos manicomialistas que anulam o sujeito, refletindo na abordagem das mulheres do estudo.

Os serviços de atendimento em saúde mental podem se tornar espaços de transformação das pessoas ao introduzir ações educativas que rompam as barreiras que impedem o desenvolvimento do sujeito e dos sentidos subjetivos. Tornam-se necessárias uma mudança na concepção e na atitude dos profissionais de saúde frente à doença, e o rompimento da configuração hospitalocêntrica vigente. Esses espaços devem promover alívio de sofrimento em vez do amortecimento dos sentimentos e das sensações das pessoas.

Na qualidade de um serviço de saúde mental habilitado para prestar cuidado psicossocial e preservar a cidadania da pessoa e seus vínculos sociais, o CAPS deveria assumir uma perspectiva educacional e se configurar em um cenário de aprendizagem e transformação do desenvolvimento subjetivo das mulheres em sofrimento mental, garantindo-lhes formas de cuidado menos estigmatizantes e mais favorecedoras da emergência do sujeito.

Dentre outros objetivos, o CAPS tem como tarefa a reinserção social, propondo uma ampla articulação com outros componentes e recursos sócio-sanitários, jurídicos, sociais e educacionais que devem possibilitar aos indivíduos uma leitura do mundo do ponto de vista de compreensão do que se passa ao seu redor. Enquanto o serviço não adotar uma perspectiva educacional, ele não

cumprirá o seu papel de agenciador do sujeito e nem reconhecerá o lugar desse sujeito frente à dinâmica social de reapropriação da sua identidade.

Esta pesquisa demonstrou a necessidade de se rever as propostas dos cursos que visam a preparação inicial e continuada para o exercício profissional, com foco na articulação entre a educação e a saúde, considerando as dimensões subjetivas implicadas nas relações estabelecidas nos CAPS. Para esse fim, alguns tópicos podem ser considerados, sobretudo no que se refere ao trabalho do enfermeiro:

- O processo de aprendizagem de mulheres que estão em sofrimento pelos danos decorrentes dos transtornos é extremamente complexo e, portanto, necessita ser compreendido de forma mais criteriosa, o que proporciona entendimento amplo e profundo da diversidade de comportamentos e situações que mobilizam o processo de tratamento da saúde mental.

- A teoria da subjetividade no campo da educação para a promoção de saúde considera a multiplicidade de processos subjetivos, conduzida pela compreensão do conceito de configuração subjetiva, de sentido subjetivo, os quais são produzidos no curso da história dos seres humanos. Os sentidos subjetivos emergem no curso da vida com referência às suas condições sociais, incluindo as questões étnicas raciais, de gênero, de desenvolvimento atípico, as relações afetivas, entre outros fatores.

- A Educação Social é um processo que se coaduna com a teoria da subjetividade uma vez que ela integra as dimensões da subjetividade individual e social, constituintes e constituída no movimento das ações e relações estabelecidas no contexto em que os seres humanos estão envolvidos. A atenção deve ser conferida à cultura do lugar pois é a expressão da subjetividade social do grupo que ali habita.

O processo de aprendizagem em contextos especiais, ao considerar as dimensões subjetivas implicadas na atenção de média complexidade, desafia a concepção patologizante e hegemônica de saúde mental, e requer alternativas de trabalho que deem foco nas relações humanas, acompanhando o participante na realização de novas aprendizagens, como o cuidar de si, o uso adequado das

prescrições médicas, e outras habilidades para o desenvolvimento da sua autonomia.

Esse processo requer interlocuções permanentes entre os envolvidos na promoção de saúde, com as estratégias podendo ser discutidas e elaboradas de forma colaborativa. Desse modo, a teoria da subjetividade se mostra como promissora para fundamentar o trabalho educacional a ser implementado em instituições de saúde mental. Considerando a dinâmica dos serviços, os novos estudos devem ser ampliados para outros segmentos desse campo, de modo a criar uma rede de cooperação.

*Sou feita de retalhos.
Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha
e que vou costurando na alma.
Nem sempre bonitos, nem sempre felizes,
mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.
Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior.
Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade.
Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.
E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes
que vão se tornando parte da gente também.
E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados.
Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.
Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida
e que me permitem engrandecer minha história
com os retalhos deixados em mim.
Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos
e que eles possam ser parte das suas histórias.
E que assim, de retalho em retalho,
possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de 'nós'*

Cris Pizziment

REFERÊNCIA

ABREU, P. B.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 41-44, May. 2000. Doi:<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500014>.

ALMEIDA, L. M.; FERNANDES, W. O. B.; FERREIRA, E. M. R. Uso abusivo de psicofármacos e o papel do farmacêutico na prevenção da medicalização. **Revista Saúde & Ciência online**, v. 10, n. 2, p. 109-123, 2021. Doi:<https://doi.org/10.35572/rsc.v10i2.390>

ALVERGA, A. R. D.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006. Doi:<https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos [online], v. 1, n. 1, pp. 61-77, 1994. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6, pp. 2067-2074, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

ANACHE, A. A.; MARTINS, L. R. R. Subjetividade social em relação à educação especial e os desafios da formação docente. In ROSSATO, M.; PERES, V. L. A. (Eds.). **Formação de educadores e psicólogos: Contribuições e desafios da subjetividade na perspectiva cultural-histórica**. Curitiba, PR: Appris, 2019.

ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-am Enfermagem**. Set-Out, v. 13, n. 5; p. 737-42, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500019>

ANDRADE, L. R. M.; CAMPOS, H. R. *Perejivânie*: uma aproximação ao estado da arte das pesquisas. **Obutchénie. Revista de Didática e Psicologia Pedagógica**, v. 3, n. 2, p. 1–17, 2019. Doi:<https://doi.org/10.14393/OBv3n2.a2019-51558>

ANJOS, M. A.; CARVALHO, P. A. L.; SENA, E. L. S.; RIBEIRO, R. M. C. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na Atenção Básica para além do encaminhamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 7, n. 15, p. 27-40, 2015. Doi: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v7i16.68636>

ARCANJO, N. G.; VALDÉS, M. T. M.; SILVA, R. M. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2145-2154, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900019>

ASSENHEIMER, S.; PEGORARO, R. F. Práticas desenvolvidas por psicólogos em serviços de atenção psicossocial: revisão de literatura. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 139-155, dez. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.652>

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 339-345, abr-jun. 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017>

BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 577-587, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000300011>

BARRETO, R. O.; LOPES, F. T.; PAULA, A. P. P. A economia solidária na inclusão social de usuários de álcool e outras drogas: reflexões a partir da análise de experiências em Minas Gerais e São Paulo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 41-56, 2013. Doi: [10.111606/issn.1981-0490.v16i1p41-56](https://doi.org/10.111606/issn.1981-0490.v16i1p41-56)

BEZERRA, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>

BEZERRA, I. C.; MORAIS, J. B.; PAULA, M. L.; SILVA, T. M. R.; JORGE, M. S. B. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, Sept. 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611011>

BITTENCOURT, I. G. S.; FRANCISCO, D. J. Habilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico: Um trabalho com produção de blog. Estudo de psicologia, Natal, v. 22, n. 1, p. 61-67, mar. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170007>

BITTENCOURT, M. N.; OLIVEIRA, D. C. P.; SOUZA, R. P. O.; PENA, J. L. C.; PANTOJA, P. V. N.; PEREIRA, M. O. A experiência da ouvidoria em um Centro de Atenção Psicossocial álcool/drogas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 1-8, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0924>

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano** (20ª ed.). Petrópolis: Vozes, 2017.

BORENSTEIN, M. S. PADILHA, M. I. C. S.; RIBEIRO, A. A. A.; PEREIRA, V. P.; RIBAS, D. L.; COSTA, E. Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 665-669, nov-dez. 2007. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600009>

BORUCHOVITCH, E. Dificuldades de aprendizagem, problemas motivacionais e estratégias de aprendizagem. In: SISTO, F. F. *et al.* (Orgs.) **Dificuldades de aprendizagem no contexto Psicopedagógico**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília-DF, 1988. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cns_m_relat_final.pdf Acesso em: 20 out.2021

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 19 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: apostila de monitoria**. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 32/2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucao-cit-no-32-2017-de-17-de-dezembro-de-2017>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova Parecer Técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. **Resolução n. 573, de 31 de janeiro de 2018**. **Diário Oficial de União**, 06 nov. 2018a.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Anexo da resolução COFEN Nº 0599**, de 19 de dezembro de 2018b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-599-2018-ANEXO-APROVA-NORMA-PARA-ATUA%C3%87%C3%83O-DA-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM-EM-SA%C3%9ADE-MENTAL-E-PSIQUIATRIA-ARQUIVO-EM-PDF.pdf> Acesso em: 20 jan. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica n. 11/2019: CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n 625/2020**. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-625-2020_77687.html Acesso em: 20/10/2021.

BRUHN, M. M.; MARQUES, H.; CRUZ, L. R. SLAM: Protagonismo juvenil em versos. In: SANTOS, K.; ZUCCHETTI, D.T. (org). **(Des)amarrando os nós de educação social: práticas de educadoras e educadores sociais**. Novo Hamburgo: Feevale, 2019. Disponível em: [https://www.feevale.br/Comum/midias/5ea1a955-620e-4373-8539-6cad50707a1d/E-book_\(Des\)amarrando%20os%20n%C3%B3s%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20social%20.pdf](https://www.feevale.br/Comum/midias/5ea1a955-620e-4373-8539-6cad50707a1d/E-book_(Des)amarrando%20os%20n%C3%B3s%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20social%20.pdf) Acesso em: 13 mai. 2021

BRUN, M.; BLASI, M. Quando o bordado e as histórias das mulheres se encontram. **Coisas do Gênero: Revista de Estudos Feministas em Teologia e Religião**, v. 2, n 2, p.335-349, 2016.

BULCAO, C. B.; CARANGE, E.; CARVALHO, H. P.; FERREIRA-FRANÇA, J. B.; KLIGERMAN-ANTUNES, J.; BACKES, J.; MAGALHÃES LANDI, L. C.; LOPES, M. C.; MARQUES DOS SANTOS, R. B.; SHOLL-FRANCO, A. Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. **Ciências & cognição**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 54-75, mar. 2004. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212004000100007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 24 jun. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CANABRAVA, D. S.; SOUZA, T. S.; FOGAÇA, M. M.; GUIMARÃES, A. N.; BORILLE, D. C.; VILLELA, J. C.; DANSKI, M. T. R.; MAFTUM, M. A. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 12, n. 1, 2010. Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9534>

CANDIDO, M.; VENTURA, C.; FUREGATO, A. R.; SANTOS, J.; CANDIDO, M. A. Saúde mental e direitos humanos: instrumentos internacionais para garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 56, p. 198-230, jan/jun. 2020. Disponível em: <http://direitoestadosociedade.jur.puc-rio.br/media/n56a7-Sa%C3%BAde%20mental%20e%20direitos%20humanos.pdf> Acesso em: 30 de jun. 2022.

CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. **Estudos de psicanálise**, Belo Horizonte, n. 33, p. 125-136, jul. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013&lng=pt&nrm=iso Acesso: 11 de mai. 2021.

COELHO, C. M. M.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; GONZÁLEZ REY, F.; TACCA, M. C. **Subjetividade, aprendizagem e desenvolvimento: estudos de caso em foco**. Campinas: Alínea, 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova a reformulação do novo Código de Ética dos profissionais de enfermagem. **Diário Oficial da União**, 2017.

CORDÁS, T. A.; LARANJEIRAS, M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. **Archives of Clinical Psychiatry** [online], v. 33, n. 3, p. 168-173, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300007>

COSTA, G. M. C; GUALDA, D. M. R. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 42, n. 1, p. 81-89, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100011>

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DANDICOURT THOMAS, C. Visibilidad de actores sociales sobre los cuidados de enfermería comunitaria a la persona, familia y comunidad. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 37, n. 1, p.1561-2961, mar. 2021 . Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3678> Acessos em 15 out. 2021.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000300011>

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DETOMINI, V. C.; RASERA, E. F.; PERES, R. S. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 81-95, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2022

DIMENSTEIN, M. Reforma psiquiátrica: integrando experiências brasileiras e espanholas no cuidado integral e territorializado em saúde mental. **Estudos de Psicologia**, Natal, 2011, v. 16, n. 3, p. 285-288, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300011>

ELIAS, A. D. S., TAVARES, C. M. M., MUNIZ, M. P. A interseção entre ser enfermeiro e ser terapeuta em saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 1, e20180134, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0134>.

FARIAS, I. D.; THOFEHRN, M. B.; ANDRADE, A. P. M.; CARVALHO, L. A.; FERNANDES, H. N.; PORTO, A. R. Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 147-153, set. 2016. Doi: 10.11606/issn.1806-6976.v12i3p147-153

FIN, T.; RODRIGUES, M. Y.; ALBA, S. Velhice e beleza corporal das idosas: conversa entre mulheres. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-87, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.150096>

FOUCAULT, M. **História da loucura**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspective, 1978.

FOUCAULT, M. Loucura, literatura, sociedade. *In*: MOTTA, M. B. (Org.). **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.232-258, 2006.

FRANZOI, M. A. H.; LEMOS, K. C.; JESUS, C. A. C.; PINHO, D. L. M.; KAMADA, I.; REIS, P. E. D. Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. **Revista de enfermagem UFPE (on line)**, v. 10, n. 4, p. 3653-3661, 2016. Doi: [10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617](https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617)

FRAZATTO, C. F.; SAWAIA, B. B. A critical view of the 'social reinsertion' concept and its implications for the practice of psychologists in the area of mental health in the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde). **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 409-418, 2016. Doi: [10.1177/1359105316628751](https://doi.org/10.1177/1359105316628751)

FORTES, D. C. S.; SILVA, M. R. S.; FONSECA, K. S. G.; SILVA, A. S. B.; CARVALHO, E. M. F. B. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtorno mental: percepção dos profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 25, 2021 Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200659>

FUÃO, F. F. **A collage como trajetória amorosa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011.

FUKUDA, I. M. K.; STEFANELLI, M.C.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole. 2ª ed., 2017.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 4ª ed., Rio de Janeiro, RJ: Thieme Revinter Publicações, 2019.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GONZÁLEZ REY, F. **Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural**. México, Editora Thomson, 2002.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. L. O sujeito que aprende: desafios do desenvolvimento do tema da aprendizagem na psicologia e na prática pedagógica. *In*: TACCA, M. C. (Org.). **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. Campinas: Alínea, 2006.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural**. Tradução de G. M. Gamucio. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2007.

GONZÁLEZ REY, F. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 328-345, jun. 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200009>

GONZÁLEZ REY, F. L. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.

GONZÁLEZ REY, F. **O Social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 2012.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo, SP: Cengage Learning, 2017a.

GONZÁLEZ REY, F. Advancing in subjectivity from a cultural historical perspective: unfoldings and consequences for cultural studies today. *In*: FLEER, M.; GONZÁLEZ REY, F.; VERESOV, N. (Eds.). **Perezhivanie, emotions and subjectivity: Advancing Vygotsky's legacy**. Singapore: Springer, p. 173-194, 2017b.

GONZÁLEZ REY, F. The topic of subjectivity in psychology: contradictions, paths and new alternatives. **Journal of the Theory Social Behaviour**, v. 47, n. 4 p. 1–20, 2017c. Doi: <https://doi.org/10.1111/jtsb.12144>

GONZÁLEZ REY, F. Subjectivity as a new theoretical, epistemological, and methodological pathway within cultural-historical psychology. *In*: GONZÁLEZ REY, F.; MITJÁNS MARTINEZ, A.; MAGALHÃES GOULART, D. (Orgs). **Subjectivity within cultural-historical approach. Perspectives in cultural-historical**. Singapore: Springer, 2019a.

GONZÁLEZ REY, F. A Epistemologia Qualitativa vinte anos depois. *In*: MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; GONZÁLEZ REY, F.; PUENTES, R. V. (Org.). **Epistemologia Qualitativa e Teoria da Subjetividade: Discussões sobre Educação e Saúde**. 1ª ed., Uberlândia: EDUFU, v. 7, p. 21-46, 2019b.

GONZÁLEZ REY, F. L.; GOULART, D. M. Teoria da Subjetividade e educação : entrevista com Fernando González Rey. **Obutchénie. Revista de Didática e Psicologia Pedagógica** [S.l.], v. 3, n. 1, p. 13-33, 2019. DOI: 10.14393/OBv3n1.a2019-50573.

GONZÁLEZ REY, F.; GOULART, D. M.; BEZERRA, M. S. Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional na psicologia. **Educação**, (Porto Alegre), v. 39, n. 4, p. s54-s65, dez. 2016. Doi: **DOI**: <https://doi.org/10.15448/1981-2582.2016.s.24379>

GONZÁLEZ REY, F. L., MITJÁNS MARTÍNEZ, A. **Subjetividade: teoria, epistemologia e método**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2017.

GONZÁLEZ REY, F. L., MITJÁNS MARTÍNEZ, A. El desarrollo de la subjetividad: una alternativa frente a las teorías del desarrollo psíquico. **Papeles de Trabajo sobre Cultura, Educación y Desarrollo Humano**, v. 13, n. 2, p. 3-20, 2017b. Disponível em: http://psicologia.udg.edu/PTCEDH/menu_articulos.asp. Acesso em: 02 jun 22.

GONZÁLEZ REY, F. L.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. A preparação para o exercício da profissão docente: Contribuições da teoria da subjetividade. *In*: ROSSATO, M.; PERES, V. L. A. (Eds.). **Formação de Educadores e psicólogos: contribuições de desafios da subjetividade na perspectiva cultural-histórica**, p. 13-46, Curitiba, PR: Appris, 2019.

GONZÁLEZ REY, F.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; ROSSATO, M.; GOULART, D. M. The relevance of the concept of subjective configuration in discussing human development. Em: FLEER, M., GONZÁLEZ REY, F., & VERESOV, N. **Cultural-historical perspectives on Emotions: Advancing the concepts of perezhivanie and subjectivity**. Nova York: Springer, 2017, p. 297-338.

GOULART, D. M. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano**: abrindo caminhos entre educação e saúde mental. 2013. Dissertação

(Mestre em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Brasília, Brasília: 2013.

GOULART, D. M. **Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito.** 2017. Tese (Doutorado em Educação) — Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

GOULART, D. M. **Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade: Da patologização à ética do sujeito.** São Paulo, SP: Cortez, 2019.

GOULART, D. M.; GONZÁLEZ REY, F. Subjetividade, sujeito e saúde mental: um estudo de caso para além da lógica da patologia. *In*: MORI, V. D.; CAMPOLINA, L. O. (Org.). **Diálogos com a teoria da subjetividade: reflexões e pesquisas.** 1 ed. Curitiba: CRV, v. 1, p. 15-45, 2017.

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psicologia clínica,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 101-122, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100006>

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental,** São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-96, jun. 2004.

GUIMARÃES, A. N.; BORBA, L. O.; LAROCCHA, L. M.; MAFTUM, M. A. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem [online],** v. 22, n. 2, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012>

HAUBERT, M.; PAVANI, K. **Introdução à profissão: Enfermagem.** 1ª. ed. Porto Alegre: SAGAH EDUCAÇÃO S.A., v. 1, p.138, 2017.

HIANY, N.; VIEIRA, M. A.; GUSMÃO, R. O. M.; BARBOSA, S. F. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Atual In Derme,** v. 86, n. 24, 2018. Doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.676>

HORTA, W. A. Conceito de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 2, n. 2, p. 1-5, 1968. Doi: <https://doi.org/10.1590/0080-6234196800200200001>

IBIAPINA, A. R. S.; MONTEIRO, C. F. S.; ALENCAR, D. C.; FERNANDES, M. A. F.; COSTA FILHO, A. A. I. Therapeutic Workshops and social changes in people with mental disorders. **Escola Anna Nery [online]**, v. 21, n. 3, e20160375, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0375>

JAFELICE, G. T.; MARCOLAN, J. F. The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 71, n. 5, p. 2131-8, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0300>

JUSTINO, L. C. L.; FERREIRA, S. R. P.; NUNES, C. B.; BARBOSA, M. A. M.; GERK, M. A. S.; FREITAS, S. L. F. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 781-7, dez. 2011.

KINKER, F. S.; IMBRIZI, J. M. O mito das oficinas terapêuticas. **Polis e Psique**, v. 5, n. 3, p. 61-79, 2015. Doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.58440>

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 9ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 mar. 2021.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 29, n. 03, e290310, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A. Multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Trends in Psychology**, v. 22, nº 4, p. 917-928, 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-18>

LOURENÇO, A. A.; PAIVA, M. O. A. A motivação escolar e o processo de aprendizagem. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 132-141, ago. 2010. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jul. 2022.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, SP: EPU, 1986.

LURIA, A. R. **Curso de psicologia geral, Vol. II: sensações e percepções** (Original publicado em 1975, P. Bezerra, Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

LURIA, A. R. **Fundamentos de Neuropsicologia**. São Paulo: Edusp, 1983.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300021>

LUZ, M. M. F.; FRUTUOSO, M. F. P. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 25, e200644, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200644>

MADALOZ, R. F. **Dores no corpo e dores na alma**. 2015. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Educação nas Ciências) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/5004/Rog%c3%a9ria%20Fatima%20Madaloz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 jan 22.

MAIA, A. F., GRADELLA JUNIOR, O. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória. **Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, e00312144, jan. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00312>

MARTINEZ, A. M.; NEUBERN, M.; MORI, V. D. **Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas**. Campinas, SP: Alínea, 2014.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde

mental de Santa Catarina. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, Dec. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400010>.

MARTINHAGO, F. **Contágio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância**. 2017. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/185563/PICH0184-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y> Acesso em: 01 jun 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Mapeamento das mortes violentas de mulheres, tipificadas como feminicídios, ocorridas em Mato Grosso do Sul, no ano de 2021. **Governo do Estado de Mato Grosso do Sul Secretaria de Estado de Cidadania e Cultura Subsecretaria de Estado de Políticas Públicas para as Mulheres**, v. 3, 2022. Disponível em: <https://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Mapa-do-Feminicidio-2022-Entrega-Final-1.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, jun. 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. M. Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 124-131, fev. 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100017>

MENDONÇA, A. S.; PIRES, C. P.; GASPARETTO, A. S.; PAULO, K. G. C.; SILVA, M. F.; LORENZETTI, M. C.; PINTO, G. P.; FIORIN, P. M. M. **Promovendo saúde com arte na oficina cuidando das lobas do centro de atenção psicossocial**. In: 12º Congresso Internacional da Rede Unida, 2016a, Campo Grande. Saúde em Redes - Suplemento, Anais do 12ª Congresso Internacional da Rede UNIDA, 2016.

MENDONÇA, A. S.; LORENZETTI, M. C.; FICAGNA, E.; FIORIN, P. M. M. **Fluxograma de atendimento em um centro de atenção psicossocial - CAPS II de Campo Grande, MS: um relato de experiência**. In: 12ª Congresso Internacional da Rede UNIDA, 2016, Campo Grande. Saúde em Redes - Suplemento, Anais do 12ª Congresso Internacional da Rede UNIDA, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MISSIAGGIA, L. **Caracterização neuropsicológica e da linguagem oral no comprometimento cognitivo leve e na fase inicial da demência de Alzheimer**, 2018. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas), UFRGS, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/196857/001088956.pdf?sequence=1> Acesso em: 25 jun 2022.

MONTEIRO, P. V.; ALMEIDA, A. N. S.; PEREIRA, M. L. D.; FREITAS, M. C.; GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e957, 2016. Doi: 10.5935/1415-2762.20160026

MOREIRA, K.B.; VIEIRA, C. A. L. Acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico: desafio à reforma psiquiátrica. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 1, p. 102–109, mai. 2018. Doi: <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1228>

MORI, V. D. Pensando o ensino de psicologia social: a tensão da subjetividade individual e subjetividade social na aprendizagem. *In*: ANACHE, A. A.; SCOZ, B. J. L.; CASTANHO, M. I. S. **Sociedade Contemporânea: Subjetividade e Educação**. São Paulo: Menon, 2015.

MORI, V. D.; GONZÁLEZ REY, F. Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, p. 99-108, 2011. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400013>

NEUBERN, M. S. Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 312-314, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000200019>.

NÓBREGA, M. P. S. S.; DOMINGOS, A. M.; SILVEIRA, A. S. A.; SANTOS, J. C. Tecendo a rede de atenção psicossocial oeste do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 965-972, 2017. Doi:10.1590/0034-7167-2016-0566

NÓBREGA, M. P. S. S.; SILVA, G. B. F.; SENA, A. C. R. A reabilitação psicossocial na rede oeste do município de São Paulo: potencialidades e desafios. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. v. 39, e2017-0231, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0231>.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; MACHADO, M. F. A. S.; COSTA, P. N. P.; VIEIRA, N. F. C. Ser mulher e participar de grupo educativo em saúde na comunidade: motivações e expectativas. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 123-128, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11466>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

NUNES, M. A.; PINHEIRO, A. P.; BESSEL, M.; BRUNONI, A. R.; KEMP, A. H.; BENSEÑOR, I. M.; CHOR, D.; SANDHI, B.; SCHMIDT, M. I. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, p. 91-7, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714>

NÚÑEZ, I. B.; RAMALHO, B. L.; FARIAS, M. V. O. A formação de habilidades gerais no contexto escolar: contribuições da teoria de P. Ya. Galperin. In: NÚÑEZ, I. B.; RAMALHO, B. L. (orgs). **Galperin e a Teoria de Formação Planejada por Etapas das Ações Mentais e dos Conceitos**. Pesquisas e experiências para um ensino inovador. Campinas: Mercado de Letras, 2018. p. 23-78.

OLIVEIRA, A. M. C.; GOULART, D. M.; GONZÁLEZ REY, F. Processos subjetivos da depressão: construindo caminhos alternativos em uma aproximação cultural-histórica. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 3, p. 252-261, set-dez. 2017. Doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i3/1411>

OMS/OPAS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Declaração de Caracas Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)**; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

OMS, Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Violência contra as mulheres**. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women> Acesso em: 04 mai. 2022.

ONATE, S. P.; GAMERO, R.R.; VUCINOVICH, N. Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un Centro de Salud Mental. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, Madrid, v. 30, n. 3, p. 409-418, 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000300004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2022.

PAIVA, J. S. **Caminhos do Educador Social no Brasil**. Jundiaí: Paco editorial, 2015.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>

PAROLA, V.; COELHO, A.; FERNANDES, O.; APÓSTOLO, J. Teoria de Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa - adequação à enfermagem em contexto de cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 2, e20010, 2020. Doi: <https://doi.org/10.12707/RV20010>

PERÉZ-GOMÉZ, A. I. **A Cultura Escolar na sociedade neoliberal**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

PHILIPPINI, A. **Linguagens, materiais expressivos em arteterapia: Uso, indicações e propriedades**. Rio de Janeiro, RJ: Wak Ed, 2018.

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 1, p. 141-152, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE, A. S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; SHWARTZ, E.; LANGE, C.; ZILMER, J. C. V. Atividades terapêuticas: compreensão de famílias e profissionais. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 534-41, jul/set. 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300018>

PINTO, G. P.; MARCHETI, M. A.; GIACON, B. C. C.; MARQUES, F. R. ; CONTRERA, L.; MARCHETI, P. M. Cuidando das Lobas: experiência de mulheres com transtornos mentais em uma oficina terapêutica.. *In*: 7º **Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**, 2018, Fortaleza. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. Portugal: CIAQ, v. 2. p. 1206-1215, 2018.

PITTA, A. M. F. O que é Reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? *In*: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 27-36, 2016.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, vol. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>.

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica**. Barcelona: Masson-Salvat; 1990.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

ROSSATO, M.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. Desenvolvimento da subjetividade: análise de histórias de superação das dificuldades de aprendizagem. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 17, n. 2, p. 289-298, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572013000200011>

ROSSATO, M.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; MARTINS, L. R. Construção do cenário social da pesquisa no contexto da Epistemologia Qualitativa. *In*: MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; NEUBERN, M.; MORI, V. D. (org.). **Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas**. Campinas: Alínea, p. 35-59, 2014.

ROSSATO, M.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. A metodologia construtivo-interpretativa como expressão da Epistemologia Qualitativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade. **Atas - Investigação Qualitativa em Educação**, 343-352, 2017.

ROSSATO, M.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. Contribuições da metodologia construtivo interpretativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade. **Revista Lusófona de Educação**, v.40, p. 185-198, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6442> Acessado em: 03 mai. 2022.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**. 2013, v. 37, n. 97, pp. 324-335. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hNyyHsFKnqKW7bq3Fz4sXgr/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 22 jun. 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JUNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00042620>.

SAMUELLS, F. J. R. **Educação em saúde e subjetividade: uma análise da produção subjetiva em mulheres submetidas à histerectomia**. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, v. 34, 146-160, 2011.

SANTOS, G. C. S. **Os impactos dos alunos com desenvolvimento atípico na subjetividade do professor e a configuração do trabalho pedagógico**. 2010, 210 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>.

SANTOS, G. B. V.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p.13-18, 1996.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. *In*: **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá, n. 5, p.111-142, 1999.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: Identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciências e Saúde Coletiva** [periódico na internet], 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>

SILVA, D. O.; OLIVEIRA, J. F.; SOUZA, M. R. R.; MORAIS, N. M. C.; SILVA, I. C. N.; SANTOS, M. V. S.; SANTOS, R. S. Percepção de profissionais de saúde mental sobre o projeto terapêutico singular. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1009/211>. Acesso em: 23 ago. 2021.

SILVA, A.B.; PINHO, L.B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 23, p. 420-424, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>

SILVA, D. L. S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 325-335, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0061>.

SILVA, R. P. B. **Os benefícios da música na arteterapia**. Monografia. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/t206221.pdf. Acesso em jan 2021.

SIQUEIRA, D. F.; BACKES, D. S.; MORESCHI, C.; TERRA, M. G.; SOCCOL, K. L. S.; SOUTO, V. T. Reinserção social do indivíduo dependente de crack: ações desenvolvidas pela família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 548-553, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001332014>

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2227-2241, nov. 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100016>

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017201, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>

SOUZA, K. S.; COUTINHO E SILVA, I. F.; BATISTA, S. H. R.; ALMEIDA, R. J. Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades

terapêuticas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 12, n. 3, p. 171-177, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i3p171-177>

SOUSA, Y. G.; MEDEIROS, S. M. Oficinas terapêuticas resinificando o cuidar de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. **Enfermagem Revista**, v. 20, n. 01, 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/15412/11792> Acesso em: 22 mai. 2021.

SOUZA, J. R.; ARAUJO, T. C. C. F. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 147-159, 2010.

SOUZA, M. L.; SARTON, V. V. B.; PADILHA, M. I. C. S.; PRADO, M. L. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 226-70, abr./jun. 2005. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>

SOUZA, E. C.; TORRES, J. F. P. A Teoria da Subjetividade e seus conceitos centrais. **Obutchénie. Revista De Didática E Psicologia Pedagógica**, v. 3, n. 1, p. 34–57, 2019. Doi: <https://doi.org/10.14393/OBv3n1.a2019-50574>

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

STOCKINGER, R.C. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2007.

TACCA, M. C. V. R. As relações sociais como alicerce da aprendizagem e do desenvolvimento subjetivo: uma abordagem pela Teoria da Subjetividade. *In*: MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; GONZÁLEZ REY, F.; PUENTES, R. V. (org) **Epistemologia qualitativa e teoria da subjetividade [recurso eletrônico]: discussões sobre educação e saúde**. EDUFU, 2019.

TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing**. 2ª ed. Philadelphia, PA: F. A. Davis, 1971.

TOASSA, G. **Emoções e vivências em Vigotski**. Campinas, SP: Papirus, 2011.

VALE, E. G; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, fev. 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>

VENTURINI, E.; GALASSI, A.; RODA, A.; SERGIO, E. Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 56-63, jun. 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672003000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 set. 2021.

VERAS, M. R. **A medicalização do sofrimento psíquico: uma análise sob a perspectiva da teoria da subjetividade**. 2017. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11140/1/61400843.pdf> Acesso em: 01 mai. 21.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Livraria Martins Fontes, Editora Ltda, 1998.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

VIGOTSKI, L. S. **Psicologia pedagógica** (Trabalho original publicado em 1926). Porto Alegre: Artmed, 2003.

VIGOTSKI, L. S. **O desenvolvimento psicológico na infância**. (C. Berline, Trad. Original publicado em 1960). São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VIVOT, C. C.; L'ABBATE, S.; FORTUNA, C. M.; SACARDO, D. P.; KASPER, M. S. O uso do WhatsApp enquanto ferramenta de pesquisa na análise das práticas profissionais da enfermagem na Atenção Básica. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 242-264, 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/45984/30926>> Acesso em: 01 jun 2021.

WHATSAPP. [Internet]. 2021; [citado 2021 jan 22]. Disponível em: <https://www.whatsapp.com/about/>

YANEZ FLORES, K.; RIVAS RIVEROS, E.; CAMPILLAY, M. Ética do cuidado e cuidado de enfermagem. **Enfermería**, Montevideo, v. 10, n. 1, p. 3-17, jun. 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A: COMPLEMENTO DE FRASES

Responda as questões com o primeiro pensamento que surgir.

Minha preocupação principal é

Meu maior problema é...

Com frequência sinto...

Eu gosto...

Me faz chorar...

Fico muito feliz...

Eu fico triste...

Tenho medo...

Não gosto...

Minha maior dificuldade...

Esforço-me diariamente...

Sempre quis...

Meu maior prazer...

Minha família...

Não posso...

Gostaria...

O trabalho...

Minhas amizades...

O tempo mais feliz

Quando estou sozinha

Cuido de...

Meu maior temor...

Minha doença...

Queria saber...

Quando estou no CAPS...

Quando estou em casa...

Meu passado...

Meu futuro...

Algumas vezes...

Estou melhor quando...

Quando estou nesta oficina...

APÊNDICE B: Atividades e os materiais artísticos expressivos utilizados para a oficina terapêutica.

Atividade	Materiais artísticos
Bordado	<p>09 novelos de linha Cléa (cores variadas)</p> <p>10 agulhas (por medida de segurança devido a acidentes de perfuração que possam ocorrer com as agulhas aos dedos, cada mulher utilizava somente a sua agulha)</p> <p>02 tesouras (com o objetivo de compartilhamento de material)</p> <p>01 metro de tecido talagarça grosso (para o modelo de coração)</p> <p>02 metros de tecido xadrez várias cores</p> <p>01 metro de tecido para vagonite</p> <p>01 borracha</p> <p>01 lápis preto 2B (para o desenho no tecido)</p> <p>Os moldes de desenho para bordado foram extraídos da internet ou de modelos prontos levados pela pesquisadora.</p>
Desenhos/Colagem	<p>50 folhas de papel sulfite branco A4.</p> <p>12 folhas de papel canson A4 (06 brancas e 06 pretas)</p> <p>03 caixas de lápis de cor de 12 cores</p> <p>03 colas</p> <p>02 caixas de lápis de cor aquarelado com pincel</p> <p>02 caixas de giz de cera</p> <p>02 caixas de canetinha 12 cores</p> <p>01 caixa de giz de cera neon</p> <p>Revistas diversas</p> <p>As imagens utilizadas foram tiradas da internet</p>
Contos/Dança	<p>Os contos e as músicas foram extraídos de livros ou da internet</p> <p>06 lenços grandes tipo Canga de praia</p>
Flores	07 vasos pequenos de flores kalanchoe

Fonte: Autores, 2021.

APÊNDICE C: Cronograma de execução da oficina terapêutica

N	Conteúdos	Objetivos	Instrumentos	Materiais arteterapêuticos
OT1	Como eu era antes de adoecer e como sou agora.	Permitir captar os sentidos subjetivos que não estão explicitamente expressos.	Complemento de frases e instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Desenho com giz de cera ²¹ e bordado ²² em tecido talagarça.
OT2	Conto: A minha lua é...	Permitir expressar histórias pessoais, mediadas pelo conto e pelo desenho.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Conto ²³ “Luas e luas”, desenho da minha lua e bordado em tecido talagarça.
OT3	Como o alimento saudável faz bem para minha saúde mental	Promover a discussão sobre os alimentos saudáveis e os que fazem mal para a nossa saúde.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Desenho com lápis de cor ²⁴ e bordado em tecido talagarça.

²¹ Material de recurso plástico, de baixo custo e que possibilita o uso de pessoas com dificuldade psicomotora, pois são fáceis de serem segurados (PHILIPPINI, 2018).

²² Tecer equivale a ordenar, articular, entrelaçar, organizar, apropriar-se do fluxo criativo, construir e dá vida a uma figura (PHILIPPINI, 2018).

²³ Os contos são primordiais na aprendizagem, pois estimulam o desenvolvimento cognitivo e social, e tem propriedades terapêuticas de proporcionar reflexões, interações lúdicas, ativar o imaginário, favorecer o autoconhecimento, soluções criativas, trabalhar conflitos e suas resoluções e outros (PHILIPPINI, 2018).

²⁴ Material que permite boa definição das linhas, das sombras, luz, contornos e dos detalhes das formas trabalhadas (PHILIPPINI, 2018).

OT4	Quais são meus sonhos e motivações	Refletir sobre os sonhos e as motivações que permitam melhora na saúde.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Música ²⁵ : Azul da cor do mar (Tim Maia); texto ²⁶ criado a partir da imagem (homem com pedras nos pés e balão na cabeça) e bordado em tecido xadrez.
OT5	Características dos quatros elementos da natureza	Comparar as características pessoais a partir dos elementos da natureza, reforçando sua relação com o outro. Promover o autoconhecimento e a conscientização das diferenças individuais que caracterizam cada pessoa.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Desenho com lápis aquarelado ²⁷ e bordado em tecido xadrez.
OT6	Família é quem a família diz que é. Quem é a sua família?	Conhecer a família que as participantes se encontram inseridas.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos: E indutores escritos: contar a história do desenho. Dinâmica	Desenho com lápis de cor e bordado em tecido xadrez.

²⁵ As letras das músicas associado às experiências pessoais e subjetivas podem alegrar, acalmar, motivar, entristecer, conscientizar a pessoa (SILVA, 2010).

²⁶ Estratégia abrangida pela escrita criativa, na qual ocorre a observação de uma imagem e posteriormente a codificação da sua compreensão pela escrita (PHILIPPINI, 2018).

²⁷ Lápis aquarelado: depois do desenho pronto, permite que se use água no pincel, para transformar o desenho em uma pintura. Este material, permite experimentar fluidez, leveza e transparência durante o processo de construção do material artístico (PHILIPPINI, 2018)

			conversacional em grupo.	
OT7	Como vai a sua saúde?	Discutir como está a saúde do ponto de vista das mulheres.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez.
OT8	Como nossas dores chamam?	Conhecer as dores, sua localização no corpo, sua intensidade e os problemas ocasionados por ela	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Desenho com lápis de cor e Bordado em tecido xadrez
OT9	Características da pessoa ansiosa	Abordar as características da pessoa com transtorno de ansiedade.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo	Conto: “a zebrinha ansiosa” e bordado em tecido xadrez.
OT10	O que gostamos de fazer?	Conhecer as atividades no dia a dia que nos trazem satisfação ao fazer.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez.
OT11	Doenças ginecológicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISF)	Conhecer sobre as doenças ginecológicas e as ISFs que mais acometem as mulheres no período da menopausa	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez.

OT12	Caixa da dor	Discutir as possibilidades de atividades ou atitudes que substitua as dores.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos: Indutores escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez e caixa da dor ²⁸ com a pergunta: o que é possível fazer para substituir as dores?
OT13	Característica da pessoa com depressão	Abordar as características da pessoa com transtorno de humor (depressão).	Instrumentos apoiados em indutores não escritos: Dinâmica conversacional em grupo.	Técnica do rabisco no papel com lápis de dor e bordado em tecido xadrez.
OT14	Caixa da dor	Discutir as possibilidades de atividades ou atitudes que substitua as dores. Promover relaxamento e desaceleração e os limites corporais através do movimento do corpo.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Indutores escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez, caixa da dor com a pergunta: o que é possível fazer para substituir as dores? Ritmos vitais e consciência corporal ²⁹ : Dança com lenços
OT15	Políticas de Saúde Mental.	Discutir sobre as abordagens oferecidas pela Política de Saúde Mental.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica	Bordado em tecido xadrez

²⁸ As caixas podem ser usadas para trabalhar inúmeras possibilidades simbólicas, dependendo do contexto na qual está sendo abordado. Propicia o uso de materiais recicláveis (PHILIPPINI, 2018).

²⁹ As propriedades terapêuticas estão relacionadas ao relaxamento corporal, consciência dos movimentos respiratórios, desaceleração dos ritmos vitais e reconhecer os limites corporais (PHILIPPINI, 2018).

	Sensações de flexibilidade e rigidez, comparando com o movimento da árvore e do vento.	Conhecer os limites de confiança e promover o relaxamento corporal.	conversacional em grupo.	Ritmos vitais e consciência corporal: dinâmica da “árvore e do vento”.
OT16	Preconceitos da doença mental. Amigo secreto	Discutir sobre o estigma das pessoas e familiares sobre a doença mental. Trocar presentes (flor) e afetos carinhosos entre as participantes	Instrumentos apoiados em indutores não escritos: Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez. Amigo secreto ³⁰ com flores; poesias: Pedras e flores (Augusto Branco) e Maneira de amar (Carlos Drummond de Andrade).
OT17	Característica da pessoa com transtorno afetivo bipolar (TAB)	Abordar as características da pessoa com transtorno de humor (TAB). Estimular o trabalho de decisão em grupo a partir de um desafio.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez Ritmos vitais e consciência corporal dinâmica em grupo com lençol.
OT18	Cuidados para a prevenção de infecção urinária.	Discutir sobre os meios de prevenir a infecção urinária na mulher.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica	Bordado em tecido xadrez.

³⁰ É uma brincadeira tradicional de final de ano, onde as pessoas trocam presentes e palavras de afetos entre si.

			conversacional em grupo.	
OT19	Efeitos da menopausa na mulher Colagem	Abordar as alterações ocorridas com a mulher na menopausa Conhecer os dilemas pessoais vividos no momento.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez. Técnica de colagem ³¹
OT20	Gratidão	Refletir sobre os momentos bons vividos até agora.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos: Dinâmica conversacional em grupo.	Filmes ³² : Curta metragem sobre gratidão e o bordado em tecido xadrez.
OT21	Paralisia do sono: o que seria isso?	Conhecer as características da paralisia do sono. Construir um desenho com tema livre e apresentá-lo as participantes.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido xadrez. Técnica do uso de giz de cera derretido ³³ em fogo para desenhar.

³¹ A primeira etapa consiste na escolha das figuras e recortá-las do jeito que quiser. Na segunda consiste em montar as figuras recortadas. E na última etapa é a colagem do material. Esta atividade procura revelar o significado que se esconde por trás de cada ato, mostrando que esses instrumentos possuem um significado simbólico muitas vezes desconhecido (FUÃO, 2011).

³² Propiciam imagens que levam a reflexões, apresentam conflitos e soluções, ativam a imaginação e favorecem a criatividade e o autoconhecimento.

³³ O giz de cera derretido dá uma fluidez semelhante a tinta, porém com uma secagem mais rápida. Promove os movimentos dos braços, melhorando a coordenação motora.

OT22	Introdução de uma nova técnica de bordado Vontade de voltar a estudar	Conhecer uma técnica nova de bordado. Trabalhar a ansiedade e o medo de iniciar uma atividade nova. Conversar sobre as possibilidades de voltar a estudar	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido vagonite.
OT23	A moça tecelã	Discutir algumas características da participação atual da mulher na sociedade, seus sonhos e desejos.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Conto: a moça tecelã ³⁴ (Nina Colasanti) Bordado em tecido vagonite.
OT24	Coronavírus	Conversar sobre a pandemia do Covid-19 e apresentar as condutas necessárias para a prevenção desta doença.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido vagonite.
OT25	Trabalho	Conversar sobre possibilidades de usar o trabalho como benefício para a mente.	Instrumentos apoiados em indutores não escritos. Dinâmica conversacional em grupo.	Bordado em tecido vagonite.

Fonte: Autores, 2021.

³⁴ Conta a história de uma mulher diante da sua vida tão rotineira e solitária com seu inseparável companheiro – o tear mágico – que tece seus sonhos e o seu próprio esposo.