

# Saberes e Práticas em Psicologia da Saúde

Cuidado e Intersubjetividade



Orgs. Carmen Lúcia Cardoso; Karin Aparecida Casarini  
Nara Helena Lopes Pereira da Silva; Bruna Cardoso Pinheiro

**SABERES E PRÁTICAS EM  
PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**Cuidado e Intersubjetividade**

**Apoio financeiro:**

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior



**Carmen Lúcia Cardoso  
Karin Aparecida Casarini  
Nara Helena Lopes Pereira da Silva  
Bruna Cardoso Pinheiro  
(Organizadoras)**

**SABERES E PRÁTICAS EM  
PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**Cuidado e Intersubjetividade**

**Copyright © Autoras e autores**

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

---

**Carmen Lúcia Cardoso; Karin Aparecida Casarini; Nara Helena Lopes Pereira da Silva; Bruna Cardoso Pinheiro [Orgs.]**

**Saberes e práticas em Psicologia da Saúde: cuidado e intersubjetividade.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 295p. 16 x 23 cm.

**ISBN: 978-65-265-0405-5 [Impresso]**

**978-65-265-0406-2 [Digital]**

**DOI: 10.51795/9786526504062**

1. Psicologia da Saúde. 2. Cuidado 3. Subjetividade 4. Intersubjetividade. I. Título.

CDD – 150/370

---

**Capa:** Petricor Design

**Ficha Catalográfica:** Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

**Diagramação:** Diany Akiko Lee

**Editores:** Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

**Conselho Científico da Pedro & João Editores:**

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



**Pedro & João Editores**

[www.pedroejoaoeditores.com.br](http://www.pedroejoaoeditores.com.br)

13568-878 – São Carlos – SP

2023

Este livro foi avaliado e aprovado por pareceristas *ad hoc*:

Cintia Bragheto Ferreira (UFTM)  
Cláudia Alexandra Bolela Silveira (UNIFRAN)  
Jean Marlos Pinheiro Borba (UFMA)  
Luciana Nogueira Fioroni (UFSCar)  
Maria Cristina Di Lollo (UFSCar)  
Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis (UEL)  
Raquel Martins de Assis (UFMG)  
Renata Fabiana Pegoraro (UFU)  
Roberta Vasconcelos Leite (UFVJM)  
Rodrigo Sanches Peres (UFU)  
Silvio Yasui (UNESP/ASSIS)



## Dedicatória

Dedicamos esse livro ao nosso querido amigo Prof. Dr. Marco Antônio de Castro Figueiredo pela inspiração do legado de sua obra, pela oportunidade de convivência e por tantos aprendizados, entre eles o de que a ciência brota da comunidade e seus frutos devem ser compartilhados com ela.





## Prefácio

O livro “Saberes e Práticas em Psicologia da Saúde – Cuidado e Intersubjetividade” retrata o compromisso dos autores com a proposição de uma compreensão da condição propriamente humana na contemporaneidade, em contextos complexos, repletos de contradições e desafios, que colocam a pessoa humana em constante confronto com sua vulnerabilidade ao sofrimento psíquico. A coletânea de capítulos aqui apresentados reúne produções científicas dos integrantes do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde - LaProSUS, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, formado por docentes, graduandos, alunos de mestrado e doutorado e profissionais da saúde, sob coordenação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lúcia Cardoso. As temáticas abordadas compreendem um leque de perspectivas derivadas da Psicologia e da sua interface com a saúde pública e a saúde mental, resultantes do comprometimento do grupo de pesquisadores do LaProSUS com a busca pela articulação das formulações teóricas e científicas ao desenvolvimento de uma práxis, inserida em diferentes contextos, num processo quase artesanal de construção de um instrumental voltado à produção do cuidado em saúde.

Neste livro, para além dos objetivos de disseminar conhecimentos e criar espaços de maior liberdade para o aprofundamento das discussões, buscamos dar visibilidade a uma produção científica vinculada a um processo de construção coletiva do conhecimento, em constante diálogo com as realidades vividas pelas pessoas que nos concedem a oportunidade de aproximação dessas realidades. É mister dizer que o grupo parte da premissa que tais realidades constituem lugares férteis de interações, potencialmente geradoras de um novo conhecimento. Cada capítulo aqui apresentado tem como fonte um contexto de vida, originário de possibilidades e sentidos, que vinculado a uma

prática acadêmica, intenta promover tanto sua compreensão como a ampliação de perspectivas que potencializem as formas de cuidado. São miradas nas quais os autores procuraram destacar o cotidiano, o vivido e vivenciado no esteio de suas práticas em saúde e pesquisa, acompanhadas de reflexões criteriosas.

Um mergulho na leitura dos capítulos deste livro pode despertar uma sensação de abertura do horizonte, trazida pela diversidade de contribuições e ancorada em modos de compreender o humano e seu processo de formação, estimulando um pensar sobre condições fundamentais promotoras de um modo de ser autêntico que podem ser encontradas, criadas e transformadas em uma ampla variedade de situações e contextos.

Neste sentido, este não é um livro que pretende afirmar explicações ou classificações rigidamente estabelecidas, mas, sim, colaborar para pensar o humano e a tarefa que sempre nos desafia de criar um lugar de cuidado. As reflexões aqui presentes voltam-se para um estranhamento de visões fragmentadas da pessoa, enfatizando uma análise da unidade ontológica e da integração epistemológica do homem e do conhecimento. Tal percurso se apoia tanto em teorias, quanto em cuidadosos delineamentos metodológicos, eticamente comprometidos, que se comunicam por meio das experiências dos autores, em uma posição fenomenológica de quem se abre para o novo sempre presente.

Convidamos os leitores a adentrar por estas páginas de modo a participar das experiências aqui compartilhadas e acessar uma forma de compreensão original e sensível, que poderá ampliar seus horizontes de cuidado em saúde em diálogo com as necessidades de nosso tempo.

Karin Aparecida Casarini  
Lícia Barcelos de Souza

## Apresentação

O amor recíproco entre quem aprende e quem ensina  
é o primeiro e o mais importante degrau para se  
chegar ao conhecimento.  
Erasmus de Rotterdam

A partir da epígrafe, pretendo aproximar o leitor de como foi possível a escrita deste livro e dos estudos que o embasaram. Foram muitas discussões, reflexões e encontros marcados pela admiração e amor recíprocos, numa atitude de cuidado com o desenvolvimento e aprendizado de cada um de nós, integrantes do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde – LaProSUS, que coordeno junto à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O livro e seu longo percurso de construção está atrelado à valorização de um trabalho de pesquisa que integra as múltiplas facetas do humano. Formamos no LaProSUS uma rede de cooperação, marcada pela partilha e pela solidariedade entre os membros, que busca efetivar e compartilhar as experiências de pesquisas produzidas com rigor científico, metodológico e ético.

Desse modo, trabalhamos visando ao avanço do conhecimento nas áreas da saúde e saúde mental, a partir de estudos advindos do campo da Psicologia da Saúde, incrementando a compreensão do processo saúde-doença-cuidado a partir de um olhar para a subjetividade e a intersubjetividade presentes nas relações humanas que se dão neste contexto.

A escolha do título, “Saberes e Práticas em Psicologia da Saúde – Cuidado e Intersubjetividade”, afirma que o que permeia os capítulos que compõem esta coletânea é a clareza de que o cuidado, a intersubjetividade e a formação de comunidade são fundamentais para a constituição da pessoa humana. Assim, precisam ser estudados, do ponto de vista científico e merecem

uma atenção especial quando da estruturação das práticas em saúde, indo ao encontro e buscando a efetivação e a defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, a saber, da integralidade, da equidade, da produção do vínculo, do acolhimento, do cuidado e, ainda, da promoção de políticas comprometidas com a vida, com a justiça social e com os direitos humanos. Desse modo, reúne conhecimentos e reflexões situados em diferentes níveis de atenção em saúde, da porta de entrada do sistema ao setor terciário, com os múltiplos atores sociais que compõem este campo, buscando superar visões reducionistas do humano, marcadas por uma lógica dicotômica, tecnicista e patologizante.

Para finalizar, gostaria de compartilhar que a escolha da foto da capa do livro está vinculada ao movimento que norteou a realização dos trabalhos apresentados nos diferentes capítulos, ou seja, de um olhar atento à realidade, ao que se mostra e o encontro com a vida que insiste, que nasce, (re)nasce nas ruínas, se impõe, abraça, cresce com força e persistência.

Espero que este livro possa inspirar novas perspectivas de estudos e trabalhos no campo da saúde, com uma visão situada, ampliada e humanizada. Desejo que o leitor possa aproveitar desse percurso e que possamos dar continuidade ao desenvolvimento de propostas originais e criativas para a área da saúde. A travessia continua, sempre!

Carmen Lúcia Cardoso

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b>	<b>17</b>
<b>Desafios e potencialidades da formação profissional em Saúde Mental: uma experiência com o Grupo Comunitário de Saúde Mental</b>	
<i>Bruna Cardoso Pinheiro</i>	
<i>Carmen Lúcia Cardoso</i>	
<b>CAPÍTULO 2</b>	<b>47</b>
<b>Experiências de participação regular continuada no Grupo Comunitário de Saúde Mental</b>	
<i>Nathália Fernandes Minaré</i>	
<i>Carmen Lúcia Cardoso</i>	
<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>69</b>
<b>O paradoxo no cuidado em um contexto de saúde mental</b>	
<i>Rita Martins Godoy Rocha</i>	
<i>Carmen Lúcia Cardoso</i>	
<b>CAPÍTULO 4</b>	<b>97</b>
<b>Descrição de um percurso metodológico para o estudo de práticas grupais</b>	
<i>Ana Paula Craveiro Prado</i>	
<i>Carmen Lúcia Cardoso</i>	
<b>CAPÍTULO 5</b>	<b>117</b>
<b>Os direitos humanos em interface com a saúde mental</b>	
<i>Marília Hormanez</i>	
<i>Manuel Desviat</i>	
<i>Ana Maria Marcos del Cano</i>	
<i>Carmen Lúcia Cardoso</i>	

<b>CAPÍTULO 6</b>	<b>141</b>
<b>A história de Regina: descortinando a experiência de adoecimento e cuidados em saúde mental</b>	
<i>Mara Soares Frateschi</i>	
<i>Carmen Lúcia Cardoso</i>	

165

<b>CAPÍTULO 7</b>	
<b>Fenomenologia e Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: subjetividade, intersubjetividade e articulações possíveis</b>	
<i>Nara Helena Lopes Pereira da Silva</i>	
<i>Angela Ales Bello</i>	
<i>Carmen Lúcia Cardoso</i>	

<b>CAPÍTULO 8</b>	<b>187</b>
<b>O desafio de cuidar no território: ampliando o olhar sobre as necessidades em saúde mental</b>	
<i>Mara Soares Frateschi</i>	
<i>Carmen Lúcia Cardoso</i>	

<b>CAPÍTULO 9</b>	<b>211</b>
<b>Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - relações entre pais-bebê-profissionais de saúde</b>	
<i>Daniel Nardini Queiroz Pergher</i>	
<i>Leticia Costa Godinho Pergher</i>	
<i>Carmen Lucia Cardoso</i>	
<i>Lícia Barcelos de Souza</i>	

<b>CAPÍTULO 10</b>	<b>239</b>
<b>Tornar-se familiar cuidador em UTI: reflexões acerca das necessidades de cuidado psicológico</b>	
<i>Karin Aparecida Casarini</i>	
<i>Carmen Lucia Cardoso</i>	

<b>CAPÍTULO 11</b>	<b>265</b>
<b>Protagonismo e vulnerabilidades de mulheres que escolheram o parto domiciliar planejado</b>	
<b>Lícia Barcelos de Souza</b>	
<b>Lydiane Bocamino</b>	
<b>Carmen Lúcia Cardoso</b>	
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b>	<b>287</b>
<b>SOBRE OS AUTORES</b>	<b>291</b>





## CAPÍTULO 1

### **Desafios e potencialidades da formação profissional em Saúde Mental: uma experiência com o Grupo Comunitário de Saúde Mental**

*Bruna Cardoso Pinheiro*

*Carmen Lúcia Cardoso*

Este capítulo é fruto de estudos conduzidos pelas autoras acerca do Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), modalidade original de cuidado, que busca integrar aspectos de natureza ôntica, ontológica, educativa e cultural. Ele foi escrito com o objetivo de compreender as experiências de estudantes e profissionais da área da saúde/saúde mental com o GCSM, considerando o processo de formação profissional em saúde mental por meio de um programa, que se encontra afinado ao modelo de atenção psicossocial e aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Assim, cabe inicialmente uma retomada, ainda que breve, dos propósitos e intencionalidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no sentido de compreender melhor seus princípios norteadores e a implementação do modelo de atenção psicossocial.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como peculiaridade o fato de ter sido moldado no bojo das lutas sociais pelo processo de redemocratização do país e pela organização de uma sociedade mais justa, democrática e cidadã (Amarante & Nunes, 2018; Guljor & Amarante, 2017). Ao mesmo tempo, sofreu influências de experiências e movimentos internacionais, que vinham sendo empreendidos desde o final da Segunda Guerra Mundial, particularmente da experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana. Tais movimentos lançavam crítica à instituição psiquiátrica, ao modelo asilar e à lógica que o fundamenta, centrada na tutela, segregação, exclusão social e normatização do diferente, que

geraram as consequências historicamente observadas de rompimento da rede de relações interpessoais e sociais, empobrecimento existencial, anulação de subjetividades, culminando na “mortificação do eu”, processo marcado pela supressão e despojamento da identidade, autonomia e historicidade da pessoa em sofrimento psíquico (Amarante & Torre, 2018; Kinker, 2017; Martinhago & Oliveira, 2015; Sousa & Jorge, 2019).

Embora inspirada pelas concepções e conquistas italianas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira não conseguiu extinguir os hospitais psiquiátricos, que ainda coexistem e participam da rede de serviços que surgiu para ser substitutiva a esses, permanecendo como um dos maiores desafios, a superação da lógica manicomial, inclusive nos aparelhos substitutivos que se propõem a combatê-la (Guljor & Amarante, 2017; Martinhago & Oliveira, 2015). Importa considerar, sobretudo, que a noção de “reforma psiquiátrica” não se restringe ao simples mecanismo de reorganização ou mudança nos tipos de serviços e terapêuticas oferecidas, nem se encerra na extinção dos hospitais psiquiátricos. Trata-se de um complexo e multifacetado processo de transformação social, política e cultural, que tem como cerne a construção de um novo lugar social para a “loucura” (Amarante & Nunes, 2018; Guljor & Amarante, 2017; Sousa & Jorge, 2019).

Assim, pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo ainda em construção, cuja consolidação depende não apenas da transformação de estruturas, instituições, programas e políticas públicas, mas, sobretudo da transformação de pessoas, capazes de assumir um compromisso ético com a vida, cidadania e dignidade humana (Amarante & Nunes, 2018). Sob essa perspectiva, o modelo de atenção psicossocial constituído como o paradigma norteador do cuidado em saúde mental, no bojo da Reforma Psiquiátrica, apresenta como cerne a concepção do sujeito em sofrimento psíquico como sujeito de direitos e do território como espaço privilegiado de produção de cuidado e cidadania. Dessa forma, trata-se de uma realidade dinâmica, em que os diferentes atores sociais desempenham um papel ativo na

abertura e expansão de espaços de negociação, participação social e emancipação da pessoa em sofrimento psíquico (Amarante & Nunes, 2018; Amarante & Torre, 2018).

Nesse processo, ganha destaque o tema da formação dos profissionais de saúde mental, tendo em vista o lugar estratégico que ocupam como produtores de cuidado (Emerich & Onocko-Campos, 2019). A esse respeito, um dos grandes desafios envolvendo a formação de recursos humanos em saúde mental compreende a baixa carga horária dedicada às disciplinas de saúde mental nos cursos de graduação da área da saúde, assim como a escassa aproximação com os serviços substitutivos durante estágios e aulas práticas. Tal realidade se reflete futuramente na dificuldade, por parte dos profissionais, em trabalhar de maneira interdisciplinar e intersetorial, culminando em práticas eminentemente individuais e descontextualizadas (Sales & Dimenstein, 2009; Silva, Esperidião, Cavalcante, Souza, & Silva, 2013; Wetzel, Kohlrausch, Pavani, Batistella, & Pinho, 2018).

Além disso, deve-se considerar a dimensão estruturante do modelo psicossocial, que implica na construção de processos de ensino-aprendizagem capazes de viabilizar o desenvolvimento de uma práxis, orientada pelo e para o cuidado em liberdade e a produção de autonomia, cidadania e vida (Emerich & Onocko-Campos, 2019; Scafuto, Saraceno, & Delgado, 2017).

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde e a Educação Interprofissional emergem como potentes recursos na consolidação de um processo formativo mais afinado ao modelo de atenção psicossocial, por oportunizarem um saber/fazer que aproxima o sujeito da aprendizagem da realidade cotidiana dos serviços, do trabalho em equipe e das necessidades dos usuários atendidos (Sousa, Severo, Félix-Silva, & Amorim, 2020). Além disso, por permitirem a construção de espaços coletivos de reflexão e diálogo, operando na micropolítica do trabalho cotidiano, favorecem a ruptura com modelos instituídos, na medida em que o trabalhador, ao assumir a condição de protagonista do processo formativo, passa a produzir o conhecimento em ato (Rézio,

Fortuna, & Borges, 2019; Sousa et al., 2020). Dentro dessa perspectiva de protagonismo na produção do cuidado e da formação profissional em saúde mental, insere-se o Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), objeto do presente estudo.

### **Contexto de Estudo: Grupo Comunitário de Saúde Mental**

O GCSM é uma modalidade de cuidado em saúde mental, com propósitos terapêuticos, educativos e de promoção da saúde, que visa ampliar, diversificar e integrar práticas de cuidado na atenção psicossocial. Foi criado em 1997, no contexto do Hospital-Dia, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e, desde então, encontra-se em expansão para outros serviços e espaços de atenção e formação em saúde mental (Ishara & Cardoso, 2013).

O GCSM possui, como objetivo central, promover um exercício pessoal e continuado de atenção e reflexão acerca da vida cotidiana, em articulação a um trabalho grupal, de forma a contribuir para o desenvolvimento de uma rede de cuidado à saúde mental aberta à comunidade (Ishara & Cardoso, 2013; Loureiro, 2013). Ressalta-se que o termo “comunitário”, presente na denominação do grupo, reflete seus fundamentos teóricos, que se encontram afinados à perspectiva fenomenológica, segundo a qual a comunidade constitui uma dimensão ontológica do ser humano. Ao mesmo tempo, refere-se à proposta de trabalho grupal, ou seja, todos os participantes são convidados a contribuir com o grupo na condição de protagonistas, colaborando com a construção coletiva da tarefa (Ishara & Cardoso, 2013; Rocha & Cardoso, 2017).

Nesse sentido, o GCSM possui composição heterogênea, contando com a participação de usuários e ex-usuários de serviços de saúde mental, familiares, estudantes e profissionais da saúde/saúde mental e qualquer pessoa interessada no cuidado à saúde mental. Tendo em vista que o trabalho é norteado por uma lógica de horizontalidade do cuidado, independente dos lugares sociais e profissionais ocupados pelos diferentes participantes do

grupo, todos são convidados a participar ativamente, ocupando posições simétricas no espaço grupal, ou seja, todos os participantes, inclusive o coordenador, encontram-se na condição de pessoas que possuem experiências de vida e, portanto, podem compartilhá-las (Pinheiro, Ishara, & Cardoso, 2019).

Os encontros do GCSM acontecem com uma frequência que varia de semanal a mensal, a depender do espaço em que são desenvolvidos. Cada encontro do GCSM corresponde a uma sessão grupal única, com duração de uma hora e trinta minutos. Segue o formato de rodas de conversa, com a mediação de um coordenador e encontra-se estruturado em três momentos consecutivos e interligados, que compreendem: 1) Sarau – momento destinado ao compartilhamento, por parte dos participantes, de experiências vividas pela pessoa em seu contato com produções artísticas, jornalísticas, literárias, entre outras. Não se trata simplesmente da exposição de obras, mas de um exercício de reflexão e apropriação das experiências construídas por meio do encontro da pessoa com a cultura; 2) Relato de experiências – momento dedicado ao compartilhamento de experiências pessoais cotidianas, no qual tanto quem relata quanto quem ouve é convidado ao exercício de reflexão e apropriação do vivido; 3) Etapa Reflexiva – momento de encerramento do trabalho grupal, no qual os participantes são convidados a olharem para e compartilharem as repercussões daquilo que foi vivido no espaço do grupo, como exercício de apropriação das experiências cotidianas, a ser extrapolado para além das fronteiras do grupo (Ishara & Cardoso, 2013).

Além dos grupos desenvolvidos ao longo do ano, acontece, anualmente, o “Encontro Comunitário de Saúde Mental”, evento de maior proporção, que reúne os participantes de diferentes grupos comunitários, com participação aproximada de trezentas pessoas e duração de quatro horas, seguindo o mesmo formato de trabalho grupal que estrutura o programa (Ishara & Cardoso, 2013). Tendo em vista a expansão do trabalho, a qualidade do cuidado em saúde mental que oferece e, por se tratar de uma proposta teórico-metodológica original de grupo, atualmente é oferecido também

um Curso de Formação de Coordenadores do Grupo Comunitário de Saúde Mental, visando à formação de novos coordenadores (Prado & Cardoso, 2020).

Assim, além da dimensão da atenção e promoção da saúde, o GCSM atua como dispositivo de formação em saúde mental, articulando ensino e pesquisa a uma proposta vivencial (Loureiro, 2013; Pinheiro et al., 2019). Neste âmbito, surgiram questionamentos e possibilidades de compreensão sobre o processo de formação profissional na área da saúde/saúde mental, vivenciado no contexto do GCSM, visando ampliar a compreensão acerca da formação no campo da saúde mental.

Ressalta-se que esse estudo integra um projeto maior, elaborado em uma pesquisa qualitativa<sup>1</sup>, em nível de mestrado, desenvolvido no contexto do GCSM, vinculado ao Hospital-Dia, serviço-escola que atua como campo de estágio e aprimoramento profissional para estudantes e profissionais de diferentes áreas da saúde. Esse trabalho contou com relatos de estudantes e profissionais em formação no campo da saúde/saúde mental sobre suas experiências com o GCSM, obtidos por meio de entrevistas abertas e cuja análise seguiu os parâmetros da Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 1977/2011). Os participantes desse estudo foram estudantes das áreas de Enfermagem (3 graduandos), Terapia Ocupacional (1 graduando) e Fisioterapia (1 graduando); e profissionais em formação das áreas de Psicologia (1 aprimorando de Saúde Mental), Medicina (8 residentes de Psiquiatria) e Serviço Social (1 aprimoranda de Serviço Social), que participaram do GCSM por, no mínimo, cinco encontros, possuindo, assim, certo grau de conhecimento da proposta. A pesquisa seguiu os preceitos

---

<sup>1</sup> Dissertação de mestrado intitulada “Grupo Comunitário de Saúde Mental: Formação de Recursos Humanos” (Pinheiro, 2017), desenvolvida pela primeira autora deste capítulo, sob orientação da Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 42548815.3.0000.5407.

Para a discussão do material, serão utilizados recortes das entrevistas em que os estudantes e profissionais em formação responderam a respeito da formação em saúde mental, a partir de sua participação no GCSM. Vale destacar que todos os nomes citados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes. A análise efetuada foi organizada em três categorias, que são apresentadas a seguir.

## **1. Contextos de Formação Profissional em Saúde Mental: desafios para a consolidação de uma formação orientada para o modelo psicossocial**

Esta categoria apresenta experiências de formação em saúde mental, vividas pelos estudantes e profissionais entrevistados, tanto na graduação, como na especialização profissional; assim como concepções acerca de adoecimento mental, pessoa em sofrimento psíquico e trabalho em saúde mental, que vem perpassando seu processo formativo. Visa apresentar o contexto de formação dos participantes. Foi dividida em duas subcategorias, apresentadas a seguir.

### **1.1 Experiências de formação em Saúde Mental**

Um dos desafios relatados por parte dos entrevistados, relacionado à atuação em saúde mental, refere-se ao contato superficial com a área durante a graduação em saúde, como ilustram os depoimentos a seguir:

*Na graduação, a gente não tem nenhuma disciplina específica sobre saúde mental, não tem. A gente lê alguns textos, alguma outra coisa pra ter uma noção, mas é bem generalista, não tem. [...] É engraçado, porque a saúde, ela é o segundo campo que mais absorve assistentes sociais, mas a gente estuda mais a legislação, as leis, o SUS [...]. A gente não afunila pra saúde mental.*



*Então, a gente vê alguma coisa que o aluno fica mais interessado e busca alguns textos. [...] A gente não tem estágio. É muito raro alguém fazer estágio na saúde mental. (Jaqueline, assistente social, aprimoranda de Serviço Social/ Psiquiatria)*

*Gabriel: Eu tenho um pouco [de saúde mental] na saúde do idoso, a gente fala um pouquinho de demência, saúde mental, mas muito pouco assim, nem se compara.*

*Bruna: Na sua graduação, você tem a possibilidade de fazer estágio em saúde mental?*

*Gabriel: Não, lá a gente tem definido já quais são as áreas, que é respiratória, neuro, ortopedia, saúde do trabalhador, saúde do idoso, que é geriatria, saúde da mulher, que é mastectomia, essas coisas assim, mas saúde mental não há, mas assim, chega pra gente pacientes com demência e aí que é legal, porque a gente não sabe lidar [...] a pessoa chega lá com demência, variando e tal e se você souber abordar isso de uma forma legal, o seu tratamento é muito efetivo, mas se você não sabe abordar, se você não sabe nem do que se trata a coisa, não tem como você fazer nada, é inviável. (Gabriel, graduando de Fisioterapia do 4º ano)*

Jaqueline caracterizou sua formação em serviço social como “generalista”, destacando que não teve disciplina específica ou oportunidade de estágio na área da saúde mental, durante a graduação, ficando a critério do aluno se aprofundar na temática. Da mesma forma, Gabriel descreveu um contato pontual com a saúde mental na graduação em fisioterapia. Porém, assinalou a presença de sofrimento psíquico em usuários atendidos durante os estágios, que esbarra no despreparo dos estudantes para realizar o manejo de tais casos.

O contato superficial com a área da saúde mental, durante a graduação, provoca repercussões também na especialização profissional, momento em que os profissionais deparam com desafios, circunstâncias e contextos que exigem o desenvolvimento de outros recursos e estratégias, para além do enfoque biológico, necessários à operacionalização do cuidado, como elucidam os depoimentos seguintes.

No começo [da residência médica em Psiquiatria], foi muito complicado assim, porque na verdade a ideia que eu tinha não é nada da ideia do que é. A gente tem uma ideia de que o psiquiatra é como se fosse, sei lá, que o médico, que é a ideia que acho que é vendida pra gente na faculdade, né, de um médico biológico, técnico. Então, assim, ah, você tem pressão alta, você vai lá e dá o remédio pra pressão, você tem diabetes, você vai lá, você tem esquizofrenia, você vai lá e dá um antipsicótico. Sabe, essa coisa assim, você faz um diagnóstico e você dá um remédio, remédio assim, não tô dizendo só o medicamento, você tem um diagnóstico e você tem um tratamento. E aí, na hora que eu entrei na Psiquiatria, eu vi que isso ia por água abaixo, né? Porque não é assim. Primeiro, que pra você fazer um diagnóstico, você tem que ter uma compreensão muito ampla, tanto de outras áreas, quanto do próprio paciente, da história dele, da evolução dele. Às vezes, num corte transversal, o paciente parece uma coisa, parece uma coisa, assim, no sentido de um diagnóstico, mas, depois de um tempo, você vai ver e não é nada daquilo e aí você tem que mudar, né, toda sua proposta terapêutica. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

No meu R1 [primeiro ano de residência médica em Psiquiatria], eu não conseguia ter esse discernimento pra entender o que que tava acontecendo, porque, pra mim, eu tava aprendendo tudo, entende, então, tudo pra mim era referência, né, e eu acabava ficando meio perdido, né, tem que aprender como agir, né, como trabalhar, você tá aprendendo o que que é Psiquiatria, você tá aprendendo o que é psicoterapia, o que que é trabalho numa semi-internação. Você não sabe nada! Você chega totalmente cru, e o trabalho em saúde mental, ele é completamente diferente de um trabalho como médico, o tipo de relação que a gente estabelece com o paciente, pelo menos dentro do que a gente é formado, do que você tem culturalmente, dentro da cultura médica é... é diferente do tipo de vínculo que você tem com o paciente em saúde mental. Então, essa confusão, né, pra mim, essa mudança de lugar pra mim foi muito difícil. (Rodrigo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)

Os relatos apontam dificuldades, por parte de alguns profissionais, ao depararem com as demandas e especificidades do trabalho em saúde mental, uma vez que a formação recebida na graduação esteve calcada na dimensão biomédica e técnica do cuidado. Nesse sentido, Roberta destacou que chegou à residência em

Psiquiatria com uma visão linear do processo de tratamento e cura, segundo a qual, para cada diagnóstico psiquiátrico, corresponde a “prescrição” de determinado tratamento, centrando-se a conduta terapêutica predominantemente no tratamento psicofarmacológico.

Na mesma direção, Rodrigo falou de uma ausência de referências em relação ao trabalho em saúde mental e à conduta do profissional, devido à carência de uma base conceitual e vivencial anterior. Ao depararem com a complexidade do cuidado em saúde mental, necessitam repensar condutas e modos de estar com o usuário, tendo em vista as peculiaridades do trabalho no campo da saúde mental. Tal perspectiva corrobora a literatura da área, que aponta a existência de um descompasso entre a formação acadêmica recebida pelos profissionais da saúde e as demandas presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental. Esse descompasso se reflete na grande rotatividade de profissionais nos serviços substitutivos e no enfrentamento de conflitos, teóricos e técnicos, que os profissionais tentam superar por meio da formação complementar e da educação permanente que se delineia no trabalho em ato, no próprio cotidiano dos serviços (Pinho, Souza, & Esperidião, 2018; Rézio et al. 2019; Sousa et al., 2020; Wetzel et al., 2018)

Contudo, não se trata de realidade homogênea, visto que alguns dos participantes relataram que seus cursos de graduação oportunizaram contato com o campo da saúde mental, incluindo a possibilidade de desenvolvimento de estágios e projetos científicos na área:

*Na TO [Terapia Ocupacional] tem essa parte bem social, bem da saúde mental. [...] Então, assim, eu percebo que a TO é mais esse campo, tem a saúde física também, que seria tipo uma reabilitação, mas eu percebo que essa parte do social e da saúde mental é bem forte dentro da TO, tem bastante projetos [de iniciação científica] nessas áreas [...] No primeiro ano, a gente vê muito abrangente e, no segundo ano, a gente já começa a ter a saúde mental, a saúde física, a saúde do adulto, a saúde da criança, dentro da terapia ocupacional. (Letícia, graduanda de Terapia Ocupacional do 1º ano)*

*A gente, desde o primeiro ano, tem estágios e a partir do segundo ano a gente tem estágio no hospital [geral]. [...] A gente passa pelo estágio obrigatório de Psiquiatria no terceiro ano e no nosso último ano, a gente faz estágio supervisionado e que são os estágios mais longos, é praticamente só estágio, no nosso último ano, e daí a gente pode escolher a área que a gente quer fazer estágio. Eu fiz os meus dois estágios na saúde mental. (Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano)*

Letícia apontou a inserção do campo da saúde mental na graduação de Terapia Ocupacional, destacando, inclusive, a possibilidade de desenvolvimento de projetos de iniciação científica nessa área. De modo semelhante, Luana relatou a existência de estágio obrigatório em Psiquiatria, no terceiro ano da graduação em Enfermagem, assim como de estágios opcionais, na área, no último ano. Desse modo, observaram-se diferentes contextos de aprendizado em saúde mental no processo formativo dos estudantes e profissionais entrevistados.

A esse respeito, torna-se relevante considerar o processo de transição paradigmática pelo qual atravessam as áreas de atenção e formação em saúde/saúde mental. Conforme salientam Pereira, Reinaldo e Andrade (2015), existem pontos de avanço e retrocesso, não tendo sido possível ainda alcançar um ponto de equilíbrio e integração, cabendo destacar ainda a influência das políticas públicas, das lutas sociais e do conhecimento científico sobre a transformação do campo.

Portanto, a consolidação do modelo psicossocial como paradigma norteador da formação profissional em saúde mental, não se restringe à inclusão de conteúdos relacionados à saúde mental nos cursos da área da saúde ou a mera existência de estágios e práticas em instituições e serviços da área. Deve-se atentar à intencionalidade com a qual se opera o processo de ensino-aprendizagem, visto que o embate de paradigmas, que opera no campo da atenção à saúde mental, permeia, também, os contextos de formação profissional.

## 1.2 Concepções sobre adoecimento mental, pessoa em sofrimento psíquico e trabalho em saúde mental

Ao analisar os relatos dos estudantes e profissionais entrevistados acerca de algumas de suas experiências e aprendizados em saúde mental, observou-se a sutileza com a qual operam diferentes paradigmas de cuidado. Como apontam os relatos seguintes, a lógica de tutela e controle, muitas vezes, atravessa de forma insidiosa as concepções que cercam o adoecimento mental.

*[A saúde mental] é uma área em que você precisa ser muito humano, porque eu acho que você empresta, às vezes, sua mente, pra que a outra pessoa traga coisas pra você e você consiga dar um bem-estar pra ela, devolver esse bem-estar, tanto na forma de medicamento, quanto de outras formas, né, terapias, grupos, social, porque é complexo, né, o adoecimento em saúde mental. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)*

*O papel do, vou falar do enfermeiro, por exemplo, que é minha área. A gente tem papel de facilitadores, não só a gente, mas acho que todos da saúde mental. É uma questão assim: você tem que trabalhar o paciente, pra que ele aprenda a trabalhar com as ferramentas que ele tem. [...] Mas, às vezes, o paciente vem com um monte de demanda e com uma visão deturpada de tudo isso, sem conseguir, às vezes o grau de sofrimento é tão grande que ele não consegue parar e refletir sobre tudo isso e eu sinto que a função é como se a gente pegasse um quebra-cabeça e jogasse aqui na mesa. Esse quebra-cabeça tem como você montar ele, às vezes vai ficar sempre faltando uma peça, às vezes vai, mas você vai chegar o mais próximo de terminá-lo. A nossa função é ajudar eles a encontrar as peças e encaixar elas. (Natália, graduanda de Enfermagem do 4º ano)*

Os depoimentos anteriores revelam uma concepção acerca do trabalho em saúde mental atravessada por uma noção biologicista e mecanicista do processo saúde-adoecimento mental e de verticalidade da relação profissional-usuário, na qual o primeiro constitui a parte “ativa” e “saudável” da díade, responsável por

*“emprestar a mente” ao “paciente”, sujeito “incompleto” e “impotente” de forma a lhe “devolver” o “bem-estar”. Destaca-se, ainda, o paralelo traçado por Natália entre a atuação do profissional de saúde mental, junto ao usuário e à manipulação de um quebra-cabeça, processo mecânico no qual o primeiro identifica o que “falta” ao segundo, com base em um modelo “ideal” e tenta enquadrá-lo o mais fielmente possível a esse modelo, com a ressalva de que, nos casos mais graves, poderá “ficar sempre faltando uma peça”.*

Fonseca e Jaeger (2012) chamam a atenção para os fenômenos de naturalização de diagnósticos psiquiátricos e reprodução de concepções e modos tradicionais de lidar com o adoecimento psíquico, revestidos de novos nomes e materializados em novos procedimentos e espaços. Os autores destacam a importância de estar atento à manutenção de uma lógica dicotômica e reducionista, que avalia e classifica, com base em um padrão social esperado e termina por patologizar o diferente, medicalizar e segregar o sujeito dentro dos próprios serviços substitutivos, reduzindo, muitas vezes, o universo social do usuário.

Importante ressaltar que as concepções e compreensões descritas pelos estudantes e profissionais entrevistados não se circunscrevem ou refletem simplesmente percepções individuais, mas são perpassadas e traduzem uma lógica mais ampla, que permeia a formação e a atenção em saúde mental. Ou seja, o paradigma manicomial está constantemente disputando espaço com o modelo psicossocial, e seus fundamentos refletem-se, muitas vezes, de forma implícita na compreensão do sofrimento mental e nas formas de cuidado.

Nesse sentido ainda, os próximos relatos dão visibilidade a um dos grandes desafios para a transformação do cuidado em saúde mental, que é a superação de um olhar acerca da pessoa em sofrimento mental, marcado pela fragmentação e redução da mesma à doença, incapacidade e carência de recursos.

*A minha mentalidade ainda é um pouco, mas tenho tentado mudar, daquele jeito de que o paciente é o negativo, é a doença, é algo que não tem recurso,*

*que só vai melhorar a poder de remédio, que vai ser difícil. (Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)*

*Antes de eu ter contato [com a saúde mental] é isso que eu te falei, então eu tinha uma visão, era uma pessoa saudável que adoeceu, que tem uma doença e agora tem que tomar um remédio pra sair dessa doença e voltar a ser o saudável de antes, como se fosse bem assim, bem bê-á-bá. E quando eu entrei na Psiquiatria eu até pensei que fosse assim mesmo. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)*

Miguel destacou seu empenho na modificação de uma concepção reducionista acerca da pessoa em sofrimento mental que vai ao encontro de diversos estudos, os quais apontam a permanência entre profissionais de saúde mental das noções de periculosidade, agressividade, imprevisibilidade, incurabilidade, carência e cronicidade, historicamente construídas em torno da doença mental e do sujeito em sofrimento psíquico, o que contribui para a reprodução de uma lógica de tutela e exclusão (Machado & Pereira, 2013; Miranda, Oliveira, & Santos, 2014).

Além disso, tanto Miguel quanto Roberta descreveram uma concepção inicial a respeito do adoecimento mental, que continua a permear a prática de muitos profissionais de saúde mental, atravessada por uma lógica organicista que circunscreve as possibilidades terapêuticas, exclusivamente, ao uso do medicamento, visto como instrumento de retorno à “normalidade”, assumindo, muitas vezes, a função de apaziguamento e contenção da pessoa em sofrimento psíquico, frente às urgências (Machado & Pereira, 2013; Miranda et al., 2014).

## **2. Primeiros Contatos com o GCSM: vivência e apropriação de um novo modelo**

Esta categoria apresenta as vivências iniciais dos entrevistados com o GCSM, assim como os movimentos de apropriação realizados por eles em relação à sua proposta de trabalho. Deve-se

considerar que o GCSM se encontra inserido no processo de formação profissional dos estudantes e profissionais entrevistados e, portanto, tal experiência vincula-se a um contexto mais amplo, que abrange as especificidades e os desafios da formação no campo da saúde/saúde mental.

Para alguns dos entrevistados, os contatos iniciais com o GCSM estiveram atrelados às suas primeiras experiências em saúde mental, e com grupos, como ilustra o relato a seguir.

*Eu nunca tinha participado de grupo nenhum, de nenhuma forma e aí quando foi em junho, eu fui em um grupo [...] e foi lá na Escola de Enfermagem, mas, assim, eu achei uma coisa comum, porque era basicamente alunos e docentes, então eu achei normal. Aí, quando eu vim pra cá [GCSM do Hospital-Dia], eu senti um pouco de diferença, porque quando eu cheguei aqui é com os pacientes, aí eu fiquei um pouco apreensiva. [...] Eu não sei, acho que é porque eu nunca tinha tido contato, eu nunca tinha ido em um hospital psiquiátrico, nem nada... foi meu primeiro contato [com a saúde mental]. Aí eu fiquei quietinha, num cantinho e aí foi ainda um pouco difícil pra absorver o grupo, sabe? (Ester, graduanda de Enfermagem do 1º ano)*

Diante de sua primeira aproximação com o GCSM, Ester destacou uma dificuldade inicial de adaptação e compreensão do mesmo, não apenas em função da especificidade de sua proposta de trabalho, mas por se tratar de seu primeiro contato com a área da saúde mental. Ressalta-se a distinção apontada por ela em relação a sua participação no grupo realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP e no grupo desenvolvido no Hospital-Dia, no qual ela teve seu primeiro contato com usuários de serviços de saúde mental.

A presença de um estranhamento e dificuldade inicial de compreensão da proposta de trabalho do GCSM perpassou os depoimentos de diversos entrevistados. Para aqueles, assim como Ester, que entravam em contato com a saúde mental, o GCSM se inseriu em um processo de aproximação e descoberta da área. Para aqueles com experiências anteriores em saúde mental e com grupos,



o contato com o GCSM foi marcado por um movimento de assimilação de um novo modelo, como exemplifica o próximo relato.

*No R1 [primeiro ano de residência médica em Psiquiatria], quando a gente começou a participar do Grupo Comunitário, quando a gente tá no Hospital-Dia como residente, no princípio era difícil pra mim, entender o funcionamento, os objetivos, até como se portar no grupo [...] Eu acho que eu ficava muito presa ao modelo, a ter um objetivo final do grupo e tudo mais. Então, eu pensava, eu acho que eu ficava... que o Grupo Comunitário, às vezes tinha que ter, no sentido de ter uma finalidade naquele momento, sabe, assim por si só o grupo naquele momento tinha que ser terapêutico. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)*

Conforme ilustra o depoimento de Roberta, os estudantes e profissionais em formação chegaram ao GCSM com algumas concepções a respeito da coordenação e dinâmica de participação em grupos de saúde mental, geralmente pautados pela centralização na figura de um coordenador e pela diferenciação entre profissional e usuário de serviços de saúde mental. Percebeu-se uma dificuldade inicial de compreensão da proposta de trabalho do GCSM, seus objetivos e modelo de cuidado, que diferentemente de grupos terapêuticos ou clínicos tradicionais, centrados nas queixas e problemas dos usuários, propõe um exercício de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana.

Ressalta-se que a operacionalização da proposta de trabalho do GCSM depende do envolvimento dos participantes com o exercício proposto de compartilhamento de experiências cotidianas. Nesse processo, mostra-se como essencial a compreensão por parte dos integrantes do grupo dos objetivos e funcionamento do trabalho. Prado e Cardoso (2020), em estudo que investigou o papel do coordenador no GCSM, observaram que o enquadre desenvolvido pelo coordenador nos encontros grupais favorece a criação de um “contorno” para a proposta de trabalho, o qual contribui para sua operacionalidade. Destaca-se, ainda, conforme apontado pelas autoras, que o papel do coordenador no espaço do GCSM diferencia-

se do tradicionalmente observado em outros contextos grupais, pois ele se insere na atividade, ou seja, atua como facilitador do trabalho ao mesmo tempo em que compartilha com os demais participantes o percurso de constituição da tarefa grupal.

Considerando a complexidade da proposta do GCSM, notou-se que a compreensão mais aprofundada dela, por parte dos estudantes e profissionais entrevistados não se deu de forma automática, mas foi necessário certo tempo para sua apropriação, como pode ser visualizado no recorte a seguir.

*E eu acho que a dificuldade, às vezes, é que pra alguém que tá chegando e entendendo o que tá acontecendo, porque é algo que quando você termina, que você vai entendendo com o tempo, porque é complexo mesmo. [...] E, às vezes, acho que a dificuldade é de entender direito qual que é o processo, qual que é o trabalho, como que é essa escolha de trazer alguma contribuição, alguma experiência, né, e como lidar com o que tá sendo ali dividido, pra realmente ir além do que tá sendo falado, de entender que o que tá sendo ali dividido é mais relato do que uma música, é uma música que me toca de uma certa forma, me faz sentir assim, me faz lembrar. Então, que isso vai além, que traz lembranças, que me transforma. [...] Nos primeiros saraus que eu participei, fiquei de trazer uma frase, mas na verdade não é trazer uma frase, é uma frase que de alguma forma me fez ver alguma coisa de uma forma diferente. (Paulo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)*

Paulo apontou como aspecto importante para a realização do exercício proposto pelo GCSM, a compreensão adequada de sua proposta e de seu processo de trabalho. Tal compreensão perpassou por um movimento de atenção e apropriação por parte dos participantes em relação às contribuições que são levadas ao espaço. Conforme destacou Paulo, tratou-se de perceber tais contribuições para além de seu conteúdo explícito, reconhecendo o potencial de ajuda e crescimento pessoal que elas carregam. Nesse sentido, por se tratar de uma proposta original no campo da saúde mental, houve a necessidade da apropriação do modelo de trabalho do GCSM, o que demandou certo tempo de vivência, processo que foi gradativamente

acontecendo a partir da participação no próprio grupo. O relato abaixo exemplifica tal processo.

*Eu entendo que é um exercício diário. Assim, quando a gente fala, como eu te disse, quando a gente fala parece fácil reexperimentar um cotidiano, reexperimentar uma rotina é uma coisa até muito difícil, mas eu acho que é um treino. Não acho que, igual eu falei, se a gente deixar vai passando, o dia vai passando, a semana vai passando, os anos vão passando, as experiências vão passando. Acho que quando você fala assim, olhar pra experiência é como se fosse uma pausa, dar uma pausa e pensar sobre aquilo, olhar pra aquilo, pode ser da mesma forma, mas só de você parar: “não, o que que eu tô fazendo? O que que é isso que tá acontecendo? Pra onde eu tô indo?” Então, quando você fala em olhar pra experiência, eu penso em parar e falar “vamos pensar o que que tá acontecendo, de que forma que eu tô levando isso, de que forma que eu tô encarando as coisas na minha vida”. (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)*

Roberta acentuou a importância de a proposta do GCSM de atenção às experiências cotidianas ser exercitada diariamente, considerando não se tratar de tarefa simples, pois implica em um processo que perpassa pelo desenvolvimento de um olhar atento e curioso para as descobertas, que nascem do encontro da pessoa humana com a realidade. Ressalta-se que a vivência da proposta do GCSM transcende o momento dos encontros realizados no espaço do grupo, pois seu “material de trabalho” é a própria vida acontecendo. Conforme ressaltam Rocha e Cardoso (2017), a pessoa e a experiência vivida formam uma unidade ativa, pois o sujeito não é um simples receptáculo de acontecimentos externos, mas opera sobre a vida, assim como a vida opera sobre ele. Nesse sentido, ao dar destaque para “aquilo que acontece” na vida cotidiana, a proposta do GCSM promove “uma abertura criativa de novos fazeres na interface entre a saúde e o adoecimento” (Rocha & Cardoso, 2017, p. 3).

### 3. O GCSM como espaço de rupturas e descobertas acerca da pessoa em sofrimento psíquico

Esta categoria aborda as concepções e vivências dos estudantes e profissionais em formação com o modelo proposto pelo GCSM, com destaque para as vivências dos mesmos em relação aos usuários de serviços de saúde mental participantes do GCSM. O relato abaixo aponta como a participação dos entrevistados no GCSM permitiu um novo tipo de contato com as pessoas em sofrimento psíquico e demais integrantes do grupo:

*Então, acho que, a partir do momento que, por exemplo, uma pessoa que é profissional conta uma experiência que é tão simples quanto uma que é da comunidade ou como a de um paciente, eu acho que isso iguala tudo, entendeu. A pessoa, às vezes, o próprio paciente vê que o profissional não é tão acima que ele, e o profissional também vê que ele não é tão acima do paciente ou de qualquer pessoa que tá ali da comunidade e isso vai se igualando assim. Você vê que as experiências são simples e são simples e tão aí pra todo mundo. As experiências não escolhem a gente, não é porque eu sou profissional que eu vou ter uma experiência mais sofisticada que a sua, jamais. Às vezes, hoje por exemplo, a experiência do Tales, que ele contou sobre o pai dele é muito mais sofisticada que a experiência de qualquer profissional, que falou qualquer coisa hoje. É uma pessoa que é simples, então eu acho que essa simplicidade das coisas que aproxima as pessoas, que iguala mesmo e também que eu falei de você vê o profissional chorar, que você acha que ele é o homem de ferro né, o profissional todo ali, postura, não, o profissional chora também, igual sabe, não tem dessa! Todo mundo é gente né, então, não tem separação disso. (Gabriel, graduando de Fisioterapia do 4º ano)*

Como destacou Gabriel, a proposta de trabalho do GCSM de atenção às experiências cotidianas pode alcançar a todos, tendo em vista que a possibilidade de “fazer experiências” é comum a todos os seres humanos. Nesse sentido, a condição humana que aproxima todos os integrantes do grupo, assim como a oportunidade oferecida aos estudantes e profissionais em formação, de vivenciarem uma mudança de lugar em seu contato com os usuários de serviços de

saúde mental, parece favorecer uma ruptura com hierarquias e relações de poder que geralmente marcam o desenvolvimento do cuidado na saúde. Ao mesmo tempo em que os estudantes e profissionais se defrontam com novas facetas das pessoas em sofrimento psíquico, que revelam potências geralmente encobertas nos contextos tradicionais de atenção à saúde, tais pessoas, por sua vez, também deparam com aspectos e dimensões humanas dos profissionais de saúde, que favorecem o estabelecimento de relações mais horizontais entre eles.

Tal horizontalidade abre espaço para a descoberta e criação de novas possibilidades, especialmente a de se relacionar com o outro. Nesse contexto, os entrevistados descreveram o GCSM como um lugar que favorece a construção de relações de maior reciprocidade e troca, na medida em que possibilita aos participantes oferecerem como receberem ajuda uns dos outros.

*Quando o paciente vem e ele te mostra, ou ele te traz alguma coisa que te faz bem, ou que te faz refletir, ele acaba te proporcionando uma coisa positiva pra sua saúde mental e talvez acabe... te faz perceber que não é só o paciente, que você tá ajudando o paciente, o paciente também tem coisas a oferecer, a acrescentar e acaba que você, no Grupo é muito claro isso, que todo mundo tem alguma coisa pra compartilhar e ensinar. (Luana, graduanda de Enfermagem do 4º ano)*

*Eu acho que... essa palavra potencial resume muita coisa, potencial que me lembra viver, porque eu acho que o Grupo Comunitário, ele traz muito essa palavra vida, tanto em questões minhas como das outras pessoas, que eu via como algo mais down, como se não tivesse coisas a acrescentar, igual o paciente, eu falava: "ah, esse paciente não vai aprender nada, esse paciente não vivencia nada". Então, eu percebo que é o contrário, que há uma vida, que há um potencial nas outras pessoas que eu posso aproveitar, que eu posso, ela pode trazer coisas que eu não pensava, que eu posso aprender com algumas das pessoas que eu achava que eu só poderia ensinar e, ao mesmo tempo, trouxe essas mesmas palavras pra mim, potencial e vida, o quanto que eu posso viver cada momento melhor, o quanto eu posso viver numa música, num poema, ou viver num filme coisas que eu não vivia e isso mostra o quanto que eu tenho de potencial. Então, saber que o mesmo efeito que*

*causou em mim, causa um efeito que eu vejo nas outras pessoas, me aproxima muito das pessoas, de trazer os pacientes, trazer os outros participantes pra perto de mim. (Miguel, médico, residente de Psiquiatria do 1º ano)*

Os depoimentos anteriores chamam a atenção à surpresa dos participantes ao reconhecerem nos usuários de serviços de saúde mental, potencialidades até então desconhecidas ou não reconhecidas em outros contextos. A descoberta de potenciais e recursos em pessoas, que antes ocupavam um lugar de falta, incapacidade, impotência, mostra-se surpreendente, não apenas por desvelar outras facetas da pessoa em sofrimento psíquico, como também por carregar um potencial de ajuda e contribuição para o próprio profissional de saúde. Conforme destacou Miguel, trata-se de um encontro com a vida que habita no outro e em si. Assim, promove uma maior abertura a si mesmo, ao outro e ao mundo, condição necessária para o cuidado em saúde mental.

Tal encontro com a vida e a potencialidade, presente em cada ser humano, parece favorecer um movimento de (trans)formação das concepções acerca da pessoa em sofrimento psíquico, como aponta o relato seguinte:

*Eu acho que uma coisa que mudou bastante foi que, quando eu entrei no R1 [primeiro ano de residência médica em Psiquiatria], a gente fica muito com uma visão do doente, né, paciente, doente, tudo doente, né, não tem nada de saudável. O que era saudável se foi, acabou. Então, como que num grupo desses que as pessoas trazem espaços pra reflexão, coisas saudáveis, sejam elas alegres ou não, podem ser tristes também, como que pode trazer, né, se são doentes? Então, era uma visão muito marcada disso. Quando eu acho que foi o tempo passando, né, igual eu falei você vai aprendendo, você vai vendo outros lugares, outros espaços, a ideia que eu comecei a ter muito é de, não do doente, né, mas de uma pessoa que está adoecida e parte dela está adoecida. Ela ainda tem muitas coisas saudáveis dentro dela, só que às vezes ela não enxerga isso e nem os profissionais, nem a equipe de saúde mental e eu percebi o quanto isso atrapalha o tratamento e a melhora, a melhora de qualidade de vida, né, o tratamento que eu digo é a melhora de qualidade de*

*vida, porque aí fica a equipe e o doente buscando uma, uma utopia sabe, uma coisa assim “ah, então você é todo doente, agora a gente tem que buscar todo seu eu saudável”. [...] o doente, ele deixou de ser pra mim, sabe assim o paciente-doente só. Sabe, tem uma história por trás, tem esses aspectos saudáveis, tem além daquilo sabe, tem além da esquizofrenia, por mais que às vezes o que você vê é o paciente esquizofrênico, mas quem que é esse paciente, né, eu acho que isso faz diferença.* (Roberta, médica, residente de Psiquiatria do 2º ano)

A princípio, Roberta descreveu uma dificuldade em enxergar aspectos saudáveis nos usuários de serviços de saúde mental, tanto que se questionou sobre a capacidade de participação deles no GCSM, pois estava habituada a vê-los na condição de “doentes”, ocupando um lugar de falta, incapacidade e impotência. Com o passar do tempo, Roberta pontuou que ocorreu uma mudança de olhar em relação ao usuário, de alguém “doente” para “*uma pessoa que está adoecida e parte dela está adoecida*” [sic], chamando a atenção para o desafio que constitui a superação de tais concepções reducionistas por parte dos profissionais e das equipes de saúde mental.

A esse respeito, observam-se duas questões que perpassam o depoimento de Roberta, e que fazem parte dos desafios que se colocam atualmente para a efetivação do modelo psicossocial de atenção em saúde mental. A primeira questão consiste na histórica redução da pessoa em sofrimento psíquico à doença e ao diagnóstico psiquiátrico, dificultando que o profissional consiga enxergá-la para além da falta e da patologia. A segunda, envolve uma tentativa de superar essa lógica centrada na doença, mas que acaba por cair em novo reducionismo, na medida em que o profissional tenta olhar para a pessoa que há por trás do diagnóstico, mas o faz com base em um “ideal de pessoa saudável”, passando a nortear suas ações pela busca de enquadrar ou aproximar a pessoa em sofrimento psíquico de determinados padrões de subjetividade e de vida, socialmente dominantes, como ilustra o depoimento de Roberta: “*ah, então você é todo doente, agora a gente tem que buscar todo seu eu saudável*” [sic].

Severo e Dimenstein (2009, p. 65) lançam crítica à clínica fundamentada no diagnóstico psiquiátrico, que se mostra predominante nos serviços substitutivos de saúde mental. Segundo as autoras, o diagnóstico tem sido utilizado como critério definidor de parâmetros de normalidade/anormalidade, transformando-se em referência identitária para o sujeito, que, então, passa a nortear a própria vida por meio da busca incessante de se enquadrar em um “ideal de homem saudável”. Nesse sentido, os “serviços substitutivos produzem, constantemente, ‘usuários peritos’, que podem administrar a sua medicação, cuidarem de si, serem autônomos”, mascarando um histórico processo de assujeitamento, que busca homogeneizar as diferenças e criar modos de ser e viver padronizados, com base em modelos instituídos socialmente.

As autoras destacam ainda que, se a reforma psiquiátrica avançou em termos de reinserção social, o mesmo não ocorreu em relação aos modos da sociedade lidar com a loucura. Desse modo, apontam que “não há uma efetiva produção de saúde sem transformações sociais”, cabendo aos serviços substitutivos de saúde mental importante papel na legitimação social de diferentes modos de ser e viver, acolhendo e valorizando a singularidade e a diversidade humana (Severo & Dimenstein, 2009, p.66).

Sob essa perspectiva, a proposta do GCSM, ao desvelar a riqueza cotidiana, possibilita um reconhecimento genuíno do valor da pessoa humana que (se)constitui (n)o cotidiano, de maneira singular e única. A esse respeito, em seu percurso de participação no GCSM, os estudantes e profissionais em formação relataram a possibilidade de perceber a pessoa em sofrimento mental de forma mais integral, podendo romper com as dicotomias “capaz/incapaz”, “positivo/negativo”, “são/doente” permitindo olhar para a pessoa em sua totalidade. Essa forma de perceber, mostra-se surpreendente, conforme exemplo no recorte a seguir:

*Eu acho sensacional, às vezes, uma coisa que o paciente traz é uma coisa que você fala “nossa, isso é muito elaborado”! Quando o Mateus traz uma poesia que ele escreveu, sei lá, eu estudei literatura, li vários livros, estudei*



*a vida inteira, mas não sei escrever algo tão bem assim, sabe. Uma vez, ele compôs uma música e terminou com um mi menor e falou “a gente nunca termina uma música com esse acorde porque fica um tom de dúvida, um tom de tristeza”, alguma coisa assim e eu estudei música e que sensacional ele pensar nisso, de colocar um acorde diferente no final da música. [...] eu acho que quando você chega no Grupo Comunitário e você vê um paciente com esquizofrenia, que escreve poesia muito melhor que você, isso é desestigmatizante sabe, ele é muito melhor que você em muitas coisas e aí faz interpretações e fala algumas coisas muito mais inteligentes que você falaria. Eu acho que isso é muito bom pra gente, é bom pros outros pacientes, desestigmatizar eles, eles frente a eles também. Eu acho que é muito importante, nesse sentido. (Paulo, médico, residente de Psiquiatria do 2º ano)*

Paulo apontou sua surpresa diante do reconhecimento da habilidade de elaboração, interpretação e criação de um usuário de serviço de saúde mental, que compõe e compartilha músicas e poesias de sua autoria no GCSM. Observa-se seu encantamento ao perceber o outro, geralmente visto sob uma perspectiva de falta, ocupando no contexto do cuidado um lugar de potência e criatividade. Assim, destaca-se que a vivência de um espaço no qual os estudantes e profissionais em formação podem presenciar os usuários ocupando um lugar de potência, falando de si para além dos sintomas e da doença, como portadores de outras histórias, outras possibilidades de ser/existir, revela-se um dispositivo potente para a superação de estigmas em relação a pessoa em sofrimento psíquico.

Ao presenciarem, vivenciarem e compartilharem de outras facetas da pessoa em sofrimento psíquico no contexto do GCSM, os estudantes e profissionais em formação podem romper com o lugar geralmente demarcado em torno dela, que a circunscreve à patologia e/ou à compreensão diagnóstica. Emerge, assim, a perspectiva do “sofrimento como um dado e não mais a totalidade de uma biografia” (Trajano & Silva, 2012, p. 30). Destacam-se as potencialidades de empoderamento em saúde mental contidas nessa perspectiva, na medida em que permite romper com relações

de saber/poder que colocam a pessoa em sofrimento psíquico sob a condição de assujeitado, para fazê-la emergir sob o lugar de sujeito potente, que pode estabelecer relações de troca com o profissional de saúde e participar como coautor do processo de produção do cuidado em saúde mental. Contudo, compreende-se que, no campo da saúde mental, o empoderamento é uma construção e conquista coletiva, que envolve a participação de diferentes atores, incluindo usuários, familiares, profissionais e sociedade mais ampla no processo de crítica e desconstrução de relações de opressão, exclusão e dominação, consolidadas e reproduzidas historicamente (Alves, Oliveira, & Vasconcelos, 2013).

Assim, percebe-se que a proposta do GCSM de atenção às experiências cotidianas, por carregar em si uma perspectiva de cuidado empreendida no encontro eu-outro, sujeito-comunidade, favorece o reconhecimento do valor único que cada pessoa possui, bem como da potência do encontro, capaz de reunir a singularidade e a diversidade em uma amálgama fecunda à emergência do inédito. Tal perspectiva pode constituir um recurso valioso à consolidação, tanto da formação, quanto da prática em saúde mental, orientada pelo modelo de atenção psicossocial, por meio de uma abertura e valorização da pessoa humana, como elemento central e dinamizador do cuidado.

### **Considerações Finais**

A consolidação do modelo de atenção psicossocial, como orientador da formação em saúde mental, demanda, não apenas a transformação de currículos, mas, principalmente, a criação de outro *“espaço social para a loucura”* no processo de ensino-aprendizagem em saúde/saúde mental. Como revelou a análise empreendida nesse capítulo, a lógica manicomial se manifesta, muitas vezes, de forma sutil nos modos de operar o cuidado, mascarando o estigma à pessoa em sofrimento mental sob condutas, nomenclaturas e práticas rotineiras e naturalizadas. Nesse sentido, destaca-se a importância de espaços, práticas e

experiências capazes de estabelecer pontos de ruptura com o instituído, abrindo brechas para a emergência de novos modos de aprender e fazer saúde mental.

Com base nas análises efetuadas, pode-se afirmar que a proposta de trabalho do GCSM, ao promover a aproximação dos participantes àquilo que é próprio do humano, desvela potenciais que permanecem, muitas vezes, encobertos nos contextos tradicionais de atenção em saúde mental. Ao entrar em contato com outras facetas da pessoa em sofrimento psíquico, que a revelam sob um lugar de potência, os estudantes e profissionais em formação podem desconstruir conceitos reducionistas e estereótipos, centrados na patologia, na falta e na impotência. Ao mesmo tempo, os encontros entre pessoas oportunizados pelo grupo, parecem favorecer uma percepção mais realista por parte dos estudantes e profissionais acerca de suas próprias fragilidades humanas. Tal movimento permite uma ampliação das possibilidades de desenvolver relações de cuidado em saúde mental, ao abrir espaço para o inédito, que só emerge mediante a ética do respeito ao diferente.

## Referências

- Alves, T. C., Oliveira, W. F., & Vasconcelos, E. M. (2013). A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 51-71. doi: 10.1590/S0103-733120130001 00004
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista*

de *Administração Pública*, 52(6), 1090-1107. doi: 10.1590/0034-761220170130

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).

Emerich, B. F., & Onocko-Campos, R. (2019). Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170521. doi: 10.1590/interface.170521

Fonseca, T. M. G., & Jaeger, R. L. (2012). A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura, hoje. *Polis e Psique*, 2(3), 188-207. doi: 10.22456/2238-152X.40327

Guljor, A. P., & Amarante, P. (2017). Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. *Cadernos do CEAS*, 242, 635-656. doi: 10.25247/2447-861X.2017.n242.p635-656

Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2013). Delineamento do Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.19-40). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.

Kinker, F. S. (2017). Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 189-198. doi:10.1590/1807-57622016.0163

Loureiro, S. R. (2013). Experiência de Formação com Graduandos no Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.117-132). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.

Machado, M. P., & Pereira, M. A. O. (2013). Percepção da doença mental por profissionais de saúde: possibilidades de ampliação

- do cuidado. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 125-138. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n1/v13n1a08.pdf>
- Martinhalgo, F., & Oliveira, W. F. (2015). (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1273-1284. doi: 10.1590/S0104-12902015136741
- Miranda, L., Oliveira, T. F. K., & Santos, C. B. T. (2014). Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(3), 592-611. doi: 10.1590/1982-3703001662013
- Pereira, A. A., Reinaldo, A. M. S., & Andrade, D. C. L. (2015). Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: contribuições teóricas. *SANARE*, 14(1), 8-14. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/601/318>
- Pinheiro, B. C. (2017). *Grupo comunitário de saúde mental: formação de recursos humanos*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-20032018-132235/pt-br.php>
- Pinheiro, B. C., Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2019). Grupo Comunitário de Saúde Mental: centralidade da pessoa humana no processo de formação profissional. *Revista De Medicina*, 98(2), 120-131. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v98i2p120-131
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-152. doi: 10.1590/1413-81232018231.08332015
- Prado, A. P. C., & Cardoso, C. L. (2020). Coordenação grupal em uma modalidade de cuidado: Grupo Comunitário de Saúde

- Mental. *Psicologia em Estudo*, 25, e42129. doi: 10.4025/psicolestud.v25i0.42129
- Rézio, L. A., Fortuna, C. M., & Borges, F. A. (2019). Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3204. doi: 10.1590/1518-8345.3217.3204
- Rocha, R. M. G., & Cardoso, C. L. (2017). A experiência fenomenológica e o trabalho em grupo na saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 29, e165053. doi: 10.1590/1807-0310/2017v29i165053
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no processo de Reforma Psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, 14(2), 277-285. doi: 10.1590/S1413-73722009000200008
- Scafuto, J. C. B., Saraceno, B., & Delgado, P. G. G. (2017). Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*, 28(3/4), 350-358. doi: 10.51723/ccs.v28i03/04.277
- Severo, A. K. S., & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 59-67. doi: 10.1590/S1413-294X2009000100008
- Silva, N. S., Esperidião, E., Cavalcante, A. C. G., Souza, A. C. S., & Silva, K. K. C. (2013). Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de Saúde Mental. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(4), 1142-1151. doi: 10.1590/S0104-07072013000400033
- Sousa, F. M. S., Severo, A. K. S., Félix-Silva, A. V., & Amorim, A. K. M. A. (2020). Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), e300111. doi: 10.1590/s0103-73312020300111

- Sousa, F. S. P., & Jorge, M. S. B. (2019). O retorno da centralidade do Hospital Psiquiátrico: retrocessos recentes na Política de Saúde Mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0017201. doi: 10.1590/1981-7746-sol00172
- Trajano, A. R. C., & Silva, R. (2012). Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*, 2(3), 16-36. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40318/25985>
- Wetzel, C., Kohlrausch, E. R., Pavani, F. M., Batistella, F. S., & Pinho, L. B. (2018). Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl. 2), 1729-1738. doi: 10.1590/1807-57622017.066

## CAPÍTULO 2

### **Experiências de participação regular continuada no Grupo Comunitário de Saúde Mental**

*Nathália Fernandes Minaré*

*Carmen Lúcia Cardoso*

Este trabalho é fruto de experiências, práticas e pesquisas no âmbito do Programa Grupo Comunitário de Saúde Mental. Trata-se de uma proposta de cuidado em saúde mental, alinhada aos preceitos da Atenção Psicossocial, desenvolvida no contexto do Hospital-Dia (HD) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP) desde 1997. É um grupo de promoção de saúde mental singular, gratuito, aberto à comunidade e heterogêneo, cuja principal característica é a proposta de atenção e reflexão para e com as experiências do cotidiano (Ishara & Cardoso, 2013).

O presente capítulo tem por objetivo compreender experiências de participação regular continuada, no contexto do Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), e discutir especificidades das relações estabelecidas por participantes regulares com o Grupo, em um diálogo com contribuições de autores que discorrem sobre a constituição comunitária do ser humano, como Stein (1922/2005, 1932/2003), Safra (2014, 2017) e Weil (1943/2014). Para tanto, esse capítulo se inicia com breve apresentação de aspectos teórico-metodológicos do GCSM; aborda, na sequência, compreensões sobre a dimensão comunitária humana, contextualizando a fragilidade de vínculos na subjetividade contemporânea, a partir dos autores destacados; e apresenta os participantes regulares e a participação regular continuada no GCSM.



O GCSM ocorre em sessão única, com uma hora e meia de duração, e é estruturado em três principais etapas: Sarau (compartilhamento de experiências realizadas com a cultura); Relato de Experiências (compartilhamento de experiências significativas vividas no dia a dia); e Etapa Reflexiva (compartilhamento das experiências vividas na sessão e de reflexões quanto à participação e repercussões da mesma). Em geral, participam do Grupo, profissionais e estudantes da área da saúde, usuários e ex-usuários do HD ou de outros serviços de saúde mental, seus familiares e membros da comunidade, além do coordenador, responsável pela mediação do diálogo.

O Grupo apresenta em sua proposta teórico-metodológica, entre outros autores, um diálogo com a fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938), Edith Stein (1891-1942) e seus continuadores teóricos, principalmente no que se refere às conceituações quanto à estrutura do ser humano; à dimensão do encontro humano; à empatia; e à dimensão comunitária (Ishara & Cardoso, 2013).

Para Stein (1922/2005), a comunidade é definida pelo tipo de relacionamento interpessoal desenvolvido entre seus membros. Assim, segundo a autora, uma comunidade abarca um vínculo natural e orgânico entre indivíduos, a partir do qual um sujeito pode aceitar o outro como sujeito e viver com ele de modo que predomine a solidariedade. Portanto, nessa perspectiva, uma comunidade não diz meramente sobre um conjunto de pessoas reunidas, mas pressupõe contribuições de cada indivíduo singular para a formação da comunidade, sendo considerada, estruturalmente, como um tipo de relação interpessoal.

Stein (1922/2005, 1932/2003) descreve que uma vida comunitária se dá quando uma multiplicidade de sujeitos inicia uma relação atual e forma uma unidade, um patrimônio comum, possibilitando uma experiência do tipo comunitária. Podemos refletir que o tipo de relacionamento estabelecido entre os membros de uma comunidade e destes com a própria comunidade, influencia nas características dela, assim como a constituição de uma comunidade contribui para o desenvolvimento pessoal.

Safra (2014, 2017), leitor de Stein, também discute uma compreensão do ser humano como ontologicamente comunitário, ou seja, para além da influência cultural, o “sentido de si” é um fenômeno que ocorre em meio à comunidade. Essa, portanto, é fundamental na compreensão do ser humano por ser “nossa condição originária. Só nascemos em comunidade, somos em comunidade e morremos em comunidade” (Safra, 2014, p.73), de modo que o autor acrescenta que, quando há situações que impeçam a dimensão comunitária, há adoecimento do ser humano.

Uma das possibilidades de sofrimento decorrente dessa ruptura com a dimensão comunitária seria o desenraizamento, fenômeno descrito por Weil (1943/2014), a partir do entendimento do enraizar-se como uma necessidade humana essencial, importante e complexa de se definir. Segundo tal compreensão, uma pessoa pode ter raiz por sua participação real, ativa e natural em uma coletividade capaz de manter vivos tanto o passado dela, quanto os pressentimentos de futuro. Para a autora, a coletividade pode funcionar como um “alimento da alma” dos que já passaram por ela, dos que estão presentes e dos que ainda virão, uma vez que ampara a condição humana, ou seja, sustenta a necessidade do outro e do coletivo (Weil, 1943/2014).

O desenraizamento implicaria fragmentação de relações comunitárias, perda de vínculos e do direito humano de integração à uma coletividade, acarretando adoecimento, segundo a autora. Nesse sentido, têm crescido atualmente os estudos nas áreas da psicologia, ciências sociais, saúde mental e saúde coletiva que discutem a fragilidade de vínculos e relações como um aspecto relevante da experiência subjetiva contemporânea e da realidade, decorrente da cultura da globalização, o que afeta o exercício de direitos humanos, das relações de trabalho, de assistência à saúde, de comunidade e de cidadania (Basso, Souza, Araújo, & Cândido, 2019; Bianchi & Malfitano, 2020; Mezzaroba & Silveira, 2020; Mizrahi, 2017; Salles & Miranda, 2016).

Tal contexto tem ocasionado sentimentos recorrentes de não pertencimento e solidão, os quais podem se desdobrar em

adocimentos psíquicos graves, além do desafio da criação de redes de relacionamento, as quais são essenciais, por exemplo, para um cuidado humanizado em saúde mental (Mizrahi, 2017; Salles & Miranda, 2016). Assim, podemos refletir que o reconhecimento do ser humano como um ser comunitário, que é constituído coletivamente, é necessário por ampliar as possibilidades de atenção psicossocial.

Nesse panorama, o GCSM é uma estratégia de cuidado em saúde mental que visa favorecer vínculos e propõe o retorno à dimensão comunitária, compreendida como essencial para a saúde, a integridade e a constituição humana, por meio da proposta de atenção e compartilhamento de experiências cotidianas (Cardoso & Ishara, 2013; Prado & Cardoso, 2020; Pinheiro & Cardoso, 2019).

Ao longo do desenvolvimento do GCSM e dos estudos realizados com o intuito de aprimorar esse dispositivo de cuidado e ampliar a compreensão sobre as contribuições para a comunidade, foi possível observar a ocorrência de participações singulares de pessoas que têm mostrado engajamento para com o trabalho grupal. Tais participantes frequentaram o Grupo voluntariamente, em geral, por período superior a três anos e de forma ativa, ou seja, trazendo contribuições nos momentos do Sarau, Relato de Experiências ou Etapa Reflexiva. Alguns frequentaram de modo contínuo, e outros de modo intermitente, devido às possibilidades de seus cotidianos, mas apresentaram certa regularidade semanal, quinzenal ou mensal em sua presença, tornando-se pessoas conhecidas nesse ambiente grupal. A partir disso, optamos por denominá-los como “participantes regulares”, e considerar esse tipo de participação como uma “participação regular continuada”.

Pudemos perceber esses participantes como pessoas que apresentaram uma relação com o GCSM que se sustentou com o tempo, e que apresentou certas particularidades. A partir disso, surgiram diversos questionamentos e possibilidades de entendimento sobre tal fenômeno, como, por exemplo: quais experiências os participantes regulares apresentam com o GCSM?

Como são as relações desenvolvidas por esses participantes com o GCSM? Como a participação regular continuada têm repercutido nas experiências cotidianas dos participantes regulares e no GCSM? Tais inquietações suscitam discussões quanto aos microprocessos do trabalho grupal presentes no âmbito relacional, que evidenciam, segundo Mahfoud (2012), a força e capacidade de algumas pessoas de interferir em um conjunto.

Ressaltamos que esse trabalho integrou um projeto maior, elaborado em uma pesquisa qualitativa (Minaré, 2021)<sup>1</sup>, em nível de mestrado, que contou com relatos de participantes regulares sobre suas experiências no GCSM, obtidos por meio de entrevistas abertas, estudadas por meio da Análise Temática (Braun, Clarke, Hayfield, & Terry, 2019). A pesquisa seguiu os preceitos éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 88102418.1.0000.5407. Vale destacar que todos os nomes citados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes.

Os participantes deste trabalho são sete ex-usuários do Hospital-Dia que mantiveram participação ativa no GCSM após sua alta, em frequência semanal, quinzenal ou mensal por no mínimo três anos. Seus relatos são contribuições que nos ajudaram a ampliar a compreensão sobre o desenvolvimento da participação do tipo regular e continuada no Grupo. A seguir, apresentamos dois eixos temáticos: “O desenvolvimento da participação regular continuada” e “Constituir a comunidade e ser por ela constituído: experiências de ‘si’ e de ‘nós’ no GCSM”. A discussão teórica ocorre pelo diálogo com os autores já destacados e recortes das entrevistas que ilustrem como se deu a participação regular continuada no

---

<sup>1</sup> Dissertação de mestrado intitulada “A participação regular continuada e as relações desenvolvidas com o Grupo Comunitário de Saúde Mental” (Minaré, 2021), desenvolvida pela primeira autora deste capítulo, sob orientação da Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

GCSM, abarcando motivações, dificuldades encontradas, processos de transformações e desenvolvimento de relações com o Grupo e seus membros, a partir da singularidade dos entrevistados.

## 1. O desenvolvimento da participação regular continuada

Cada um dos participantes regulares trouxe vivências singulares, no contexto de cuidados com sua saúde mental, e em suas histórias com o GCSM. Porém, houve experiências em comum quanto aos momentos iniciais no Grupo, e nas relações que foram desenvolvidas com o mesmo. Por exemplo, todos os participantes regulares relataram experiências de estranhamento e desconforto ao conhecer e começar a frequentar o GCSM, pois não houve identificação imediata com o Grupo e sua proposta de atenção e compartilhamento de experiências cotidianas.

Contudo, ao longo das sessões grupais realizadas semanalmente no HD, os sentidos do GCSM foram sendo apreendidos pelos participantes regulares, de modo que suas presenças nesse contexto puderam ser resignificadas, de forma processual. Assim, tais participantes optaram por manter a participação no Grupo mesmo após o encerramento do vínculo com o HD, pela alta, o que permitiu refletir sobre a construção de vínculo com o GCSM. O trecho do relato<sup>2</sup> a seguir ilustra tal processo:

*Eu comecei a aprender, eu comecei a absorver, a entender o que que era a poesia, eu aprendi a gostar, eu não gostava de música, eu não gostava de ler livros (...) Aonde que eu ia ler um livro? Aonde... Aonde que eu ia saber o que que era Clarice Lispector? Mário Quintana? Nunca! Eu já li livros de Mário Quintana, já li livros de Clarice Lispector, já li livros de Augusto Cury. Que que é isso? Você acha que eu sabia que que era isso? Eu ficava vendo o povo falar palavras difícil, eu me embananava tudo nos Grupo,*

---

<sup>2</sup> Optamos por manter marcas de oralidade na transcrição das entrevistas, a fim de respeitar a singularidade que cada participante expressa em sua fala.

*vendo aquele povo falar aquelas coisa difícil, eu me achava inferior a todo mundo, sabe? Hoje, não, hoje eu falo, hoje eu vejo, eu consigo parar, ouvir uma música, eu consigo é... entender a letra, eu consigo me identificar, eu consigo ver uma, uma paisagem e prestar atenção nela, sabe? E ver o que realmente aquilo significa pra minha vida. (...) Eu tá presente, sabe, coisa que eu nunca tive, presente. Estar viva! E isso o Grupo Comunitário me faz, me, me ensinou. Estar presente. Sentir. Estar viva. (Lúcia, quatro anos e meio de participação no GCSM)*

Nesse trecho, Lúcia destacou como dificuldades encontradas no início da sua participação nas sessões grupais, o distanciamento dos demais integrantes do GCSM e da proposta de atenção às experiências com a cultura (músicas, poesias e livros compartilhados na etapa do Sarau), e às experiências que lhe aconteceram no dia-a-dia. No processo da vivência grupal, houve possibilidade de identificação, a partir de encontros, ao mesmo tempo consigo mesma, com a capacidade de experienciar e com o outro. Tal capacidade se faz possível, segundo Bondía (2002), por meio do aprendizado e exercício constante de um gesto de interrupção e suspensão do automatismo de ações cotidianas. Assim, o autor aponta que podemos cultivar a atenção para o que nos acontece diante da vida, e constituir uma postura de abertura às experiências.

No exemplo de Lúcia, pudemos perceber um processo de constituição de tal postura de abertura às experiências, a si mesma e ao outro, o que favoreceu um modo de estar presente no próprio cotidiano e no GCSM. Desse modo, os sentidos da experiência grupal foram construídos paulatinamente pela participante, culminando na percepção de bem-estar com a proximidade de demais membros do Grupo e na apropriação da tarefa de atentar-se às experiências diárias, em especial conseguir estar presente nas situações com vitalidade e abertura para o que ocorre, como narra Lúcia.

Esse é um movimento que transcende a participação nesse dispositivo grupal, mas também implica uma ajuda à permanência no GCSM, pois auxilia o desenvolvimento de uma participação

com sentido, propósito, e que abarca várias experiências individuais e coletivas. Por fim, surge também uma vivência de encantamento, perceptível por meio do entusiasmo com que relata sua apropriação do trabalho grupal, ou ainda, pelo modo como afirma seu processo de transformação.

Os motivos para manter a participação no Grupo são apresentados nos trechos a seguir:

*Eu participo, porque é um modo de eu me expressar, e é um modo de, de eu mostrar pra mim mesmo que eu posso me ajudar e ajudar as pessoas. (...) Eu sempre tenho que tá mostrando pra mim que eu tô vivo, então eu tenho sempre constantemente que tá pegando experiências e trazendo pro Grupo pra mostrar que eu tô vivo, é, essa é a motivação inicial que eu tenho pra vir. (Luiz, sete anos de participação no GCSM)*

*As experiências me fazem voltar ao Grupo, sabe? Eu gosto de vir, eu gosto de ver pessoas vivas que falam, tipo, eu gosto de levar pessoas comigo, sabe? (...) Você vir num lugar e saber que têm pessoas que tão vivas, que tão vivas pra vida, assim, é bom. E vivas que eu falo, mesmo assim, mesmo no sofrimento, sabe? (Clara, três anos de participação no GCSM)*

Os recortes nos ajudam a compreender a ideia de “estar vivo para as experiências”, recorrente nos relatos compartilhados no GCSM, por evidenciar a possibilidade de abertura para a realidade e as experiências que podem nos atravessar. Segundo Luiz, há uma necessidade de se expressar e, assim, ser ajudado e também perceber em si o potencial de ajudar. Estar aberto e atento às experiências de seu cotidiano e poder compartilhá-las com os demais é uma forma de se perceber vivo e ser testemunhado em uma coletividade. Dessa forma, pudemos compreender que no contexto da participação de Luiz no Grupo, foi estabelecida uma comunicação de si em nível dialógico, algo essencial para a subjetividade humana, para a possibilidade de ser e perceber-se como pessoa que apresenta uma força vital (Mahfoud, 2012; Stein, 1922/2005).

Clara, por sua vez, enfatizou o encontro com as pessoas e suas experiências como sentidos da continuidade de sua participação no GCSM. Sua fala abarcou tanto as narrativas que são compartilhadas, quanto a vitalidade percebida nas experiências e no engajamento dos participantes com as próprias vivências, incluindo as que trouxeram sofrimentos. Ressalta-se que tal percepção é possível nesse contexto grupal, em que há valorização do cotidiano e das experiências dolorosas como narrativas dignas, fazendo com que os participantes se apropriem delas como marcos de seus percursos pessoais (Ishara & Cardoso, 2013).

Vale enfatizar que, além do cuidado ofertado pelo GCSM com as experiências de seus integrantes, há uma sensibilidade e disponibilidade, por parte de Luiz, Clara e de outros participantes regulares, em vivenciar essa proposta grupal. Desse modo, é a partir do âmbito relacional que tais participantes têm desenvolvido uma abertura, que permite transitar pelas experiências de forma a se identificar com elas, constituindo um lugar de si mesmo pautado pela intersubjetividade (Safra, 2017).

Nessa perspectiva, os trechos a seguir ampliam o entendimento sobre a continuidade da participação no GCSM como uma escolha:

*Eu acho que o que me faz voltar é justamente isso, é ter um porto seguro, e ali [GCSM] é um porto seguro (...) Costumo dizer o seguinte, eu não tenho estudo, mas eu tenho vivência. E eu absorvo a vivência, o estudo do outro, a vivência do outro que é maior que a minha (...) E é por isso que eu não deixo o Grupo, sabe, por que eu quero absorver sempre. (Sônia, 20 anos de participação no GCSM)*

*O melhor lugar pra você é aonde você se encontra. O melhor lugar pra você é onde você tem paz, é aonde você revigora a vontade de viver, é aonde você quer dar um passo adiante. Eu me encontro no Grupo Comunitário, então, eu me importo, eu venho (...). Eu, eu*



*optei por isso e enquanto eu tiver oportunidade de tá vindo e poder vir, entendeu? (Rose, seis anos de participação no GCSM)*

Sônia enfatizou o sentido do Grupo como um “*porto seguro*”, ou seja, lugar de segurança ao qual é possível retornar; lugar de um cuidado que não se esgota, tendo em vista que há possibilidade de “*absorver sempre*”. Podemos pensar no retorno constante ao Grupo como uma necessidade de estar em um lugar de confiança. Esta pode ser compreendida como uma experiência fundante e originária que permite o desenvolvimento humano; uma experiência de interpessoalidade, e que, ao ocorrer de forma comunitária, auxilia no estabelecimento de um lugar de confiança a partir do qual se pode agir (G. Safra, 2019, comunicação pessoal<sup>3</sup>). Portanto, o GCSM é vivenciado pela participante como um espaço seguro, de confiança, de modo a se tornar espaço protegido para o movimento da abertura da própria intimidade e do avanço e fortalecimento da intersubjetividade, essenciais ao cuidado em saúde mental.

Vale ressaltar nesses trechos o reconhecimento de si, como uma pessoa que necessita de relações nas quais pode haver troca e cuidado, e de uma coletividade, que sustenta tais relações e proporciona um lugar onde encontramos a nós mesmos, como afirmou Rose. Tal reconhecimento é inerente ao humano, pois diz respeito a aspectos essenciais e constitutivos do ser humano, que abarcam, por exemplo, a necessidade de enraizamento e de coletividade, conforme enfatizado por Weil (1943/2014).

Além disso, Rose destacou o processo de escolher o GCSM, ou seja, priorizar a possibilidade de manter a participação. Ela contou, na entrevista, experiências de organizar sua rotina de trabalho para conseguir estar livre nos dias e horários do GCSM, ressaltando como ele tinha importância em sua vida. Demais participantes

---

<sup>3</sup> Palestras nos eventos “Encontro Comunitário de Saúde Mental” e “Atividades didáticas do Grupo Comunitário de Saúde Mental”, realizados em 23 de novembro de 2019.

regulares também relataram decisões e escolhas realizadas, de modo a obter folgas no emprego para conseguir manter a presença nos dias de Grupo.

Tal atitude nos permite pensar no engajamento realizado não apenas para priorizar o GCSM, mas, principalmente, tornar prioridade a própria saúde mental e o cuidado de si, uma vez que a justificativa de Rose diz respeito a como ela se sente no contexto grupal e como isso está alinhado aos valores que ela percebe como importantes para sua vida. A percepção de “*se encontrar no Grupo Comunitário*” gera uma implicação e uma participação pautada por um propósito, de modo a desenvolver uma participação ativa e que se sustenta no tempo.

As escolhas e motivações para manter a participação regular continuada, relatadas pelos participantes desse estudo, podem ser analisadas a partir da compreensão de Stein (1922/2005), sobre a dimensão espiritual da pessoa humana. Para a autora, essa dimensão remete à possibilidade estrutural do ser humano de abertura para o outro, para o mundo e para si mesmo, abarcando capacidades intelectivas, apreensão de sentidos e posicionamento livre diante das situações.

Nesse sentido, a motivação se refere aos movimentos direcionados a um sentido, realizados em nível experiencial, através da “capacidade de ‘voltar-se para’ e ao mesmo tempo de escolher” (Ales Bello, 2015, p. 61). Assim, as motivações descritas pelos entrevistados remetem à dimensão espiritual, por apresentarem busca e encontro de sentidos no contexto do GCSM, o que desvela aproximação com um “eu” capaz de se posicionar diante da realidade, de forma livre e ativa (Ales Bello, 2015; Stein, 1922/2005).

Nesse contexto, a regularidade e continuidade da participação podem ser compreendidas, tendo em vista as experiências apresentadas, como processos desenvolvidos por meio de escolhas pessoais, que foram ressignificados e sustentados pelos próprios participantes regulares, com auxílio e sustentação dos demais membros do GCSM e do ambiente de coletividade, proporcionado

por ele. Assim, consideramos que foram constituídos vínculos com o GCSM, que remetem a aspectos constitutivos do ser humano, pois suscitaram enraizamento, relações comunitárias e de pertença, os quais serão discutidos a seguir.

## **2. Constituir a comunidade e ser por ela constituído: experiências de “si” e de “nós” no GCSM**

Dentre as experiências relatadas pelos participantes regulares, foi possível identificar vivências individuais e comunitárias. Tais vivências favorecem o desenvolvimento de um modo de se relacionar com o GCSM, pautado pelo encontro de um lugar de singularidade, uma possibilidade de expressão que favoreceu a apropriação do si mesmo, a aproximação com o outro e a integração como parte de uma comunidade.

Os trechos a seguir ilustram percepções de participantes regulares sobre si mesmos, no contexto do GCSM:

*Eu sou a Lúcia, não sou “ex-paciente” (...) A gente é a Lúcia, Luiz, Rose, Sônia [cita demais participantes do Grupo], não é “ex-paciente”, a gente é a pessoa... Ah, a gente tem uma importância pro Grupo, sabe... a gente é bem-vindo ao Grupo (...) Eu sou a Lúcia, eu quero participar, quero ir pra dentro, eu gosto de tirar foto do pessoal que vem, eu gosto de participar, eu gosto de comunicar, eu gosto de falar, eu gosto de ouvir, eu gosto de guardar as músicas, eu gosto de pôr na minha memória... (Lúcia, quatro anos e meio de participação no GCSM)*

*Olha, eu sou uma experiência viva, uma experiência de mim (...) E também eu sinto que eu sou espelho pras outras pessoas também (...) Um dia perguntaram assim pra mim: se eu sentia grande. Não, me sinto normal como todas as pessoas. Eu sou conhecida, eu fico feliz (...) Sabe por que eu gosto de aparecer? (...) Porque eu sei que eu tô ajudando o outro (...) Então eu tô ajudando, e deu estar ajudando, eu me sinto feliz. (Sônia, 20 anos de participação no GCSM)*

Ao descrever quem era no Grupo Comunitário, Lúcia afirmou ser “*pessoa*”, e “*não ex-paciente*”, ou seja, o principal lugar percebido por ela no Grupo é o de pessoa, que abrangia a possibilidade de ser si mesma e expressar sua singularidade. Além disso, Lúcia disse sobre si a partir do que gostava em sua participação no Grupo, percepções que só foram possíveis a partir da experiência de estar em relação no ambiente grupal.

Assim, não é o fato de ser uma ex-usuária do serviço do HD que diz sobre sua participação no Grupo, de modo que podemos refletir que seu vínculo com o GCSM é pessoal, e não vínculo “*paciente-instituição*”. Tal compreensão da participante desvela um saber de si que é experiencial, e não que advém de rótulos ou papéis sociais estratificados, algo significativo no contexto de um grupo de promoção de saúde mental que propõe uma horizontalidade nas relações (Pinheiro & Cardoso, 2019).

Já Sônia afirma sobre si no Grupo, a partir da percepção de um lugar de ser “*experiência viva*”, “*experiência de mim*”, ou seja, uma experiência e memória encarnadas, com apropriação da história vivida. Além disso, a participante fala de uma generosidade recíproca, que envolveu a doação de si pelo compartilhamento de suas experiências e de sua singularidade com o Grupo, e também do aproveitamento que faz do que recebe dos demais, nesse contexto comunitário. Poder “*ser espelho*” para os participantes, por ser uma pessoa que conhece, traz experiências e frequenta ativamente o GCSM há muitos anos e, ao mesmo tempo, ver como fundamental o gesto de “*absorver sempre*” as experiências alheias, denota o tom complexo, dinâmico e relacional do processo de constituição do si mesmo e, também, da constituição do próprio GCSM, pois este trabalha a ideia da experiência como fonte inesgotável de possibilidade de ser, de saber de si e de cuidar.

Coelho Júnior (2018) ao estudar as experiências de si e da autenticidade a partir da compreensão da estrutura da pessoa humana de Stein (1932/2003), aponta que os caminhos para “*ser autêntico*” estão atrelados à pessoa poder se apossar de algo que é seu, de dar-se conta de deter a posse das próprias vivências,

movimento que demanda uma profundidade do experienciar. O autor acrescenta que, para Stein, em algumas vivências específicas, “a pessoa pode ser mobilizada a partir de seu centro pessoal, pode ser tocada em sua profundidade e dessa profundidade responder aos valores que a provocaram” (Coelho Júnior, 2018, p. 226).

A autenticidade é compreendida pelo autor como um caminho percorrido por uma pessoa para se apropriar de seu centro pessoal e atualizar questões universais, mostrando-se um processo que atravessa toda a vida do sujeito. Consideramos, assim, que Lúcia e Sônia encontram um lugar de singularidade no GCSM, o qual pode ser compreendido como um movimento de vivenciar os valores e critérios de suas personalidades, aproximar-se e apropriar-se, em algum nível, do centro de si.

A possibilidade da experiência de si, em um contexto que retoma a dimensão comunitária, auxilia também a experiência com o outro, pautada pela empatia, como ilustram os trechos dos relatos a seguir:

*Quando a gente sente esse aperto [no GCSM], é um nó que dá, sabe, quando a pessoa sai falando e aquilo parece que encaixa na gente. (Sônia, 20 anos de participação no GCSM)*

*Eu acho que isso foi um divisor de águas assim, pra mim, nesse sentido de ser empática (...). O Grupo ali, ele faz você enxergar as outras pessoas, nesse sentido assim. Acho que as pessoas me ajudaram a enxergar as pessoas. As pessoas do Grupo me ajudaram a enxergar elas, sabe? (...) Eu tô ali por elas e elas por mim, sabe, é uma coisa muito... é uma troca muito rica. (Clara, três anos de participação no GCSM)*

Os trechos das falas das participantes nos remetem às vivências empáticas como elementos importantes para o estabelecimento de vínculos no contexto grupal. A conceituação de empatia de Stein (1917/2005), aponta que o encontro com o outro não ocasiona apenas um sentir o que o outro sente, mas sim um reconhecimento de que o outro é um semelhante. Nessa perspectiva, a empatia proporciona uma experiência que é vivida

pelo próprio sujeito, mas é impulsionada pelo conteúdo da experiência de um outro; no caso dos exemplos, a partir das experiências de demais participantes do GCSM.

Desse modo, surgem as percepções de que a experiência do outro “*encaixa na gente*”, como disse Sônia, tornando possível, nas palavras de Clara, “*enxergar as pessoas*” e estabelecer uma relação de troca. Essa experiência empática se faz, portanto, uma experiência de consciência da alteridade, pois implica descobrir no outro um ser consciente e humano como “eu”, permitindo, assim, o reconhecimento de si mesmo (Stein, 1917/2005).

Nesse sentido, compreendemos como o desenvolvimento do lugar de singularidade e a experiência de si está associado às relações pautadas pela empatia, estabelecidas no contexto grupal. Diante de um encontro, percebemos que a experiência realizada pelo outro sujeito também é uma experiência de se encontrar “comigo”, ou seja, permite “poder se dar conta de que o sujeito faz uma experiência de si mesmo diante de um outro eu que se apresenta como correlato da vivência empática” (Coelho Júnior, 2018, p. 96). No recorte acima, Clara descreveu como as pessoas do GCSM a ajudaram a perceber os demais e, a partir disso, ela também pôde se perceber enquanto pessoa. Tais vivências empáticas são apresentadas pela entrevistada como um “*divisor de águas*”, repercutindo tanto na esfera pessoal da vida de Clara, quanto em seu modo de se relacionar com o GCSM e de exercer a participação regular continuada.

Nessa perspectiva do desenvolvimento de um vínculo com o outro e com o Grupo, os trechos a seguir ilustram a possibilidade de fazer parte da comunidade grupal:

*No começo, eu queria ser, eu queria fazer parte do [GCSM] (...) Agora eu estou, eu estou sendo, eu tô fazendo parte desse, de um, de pessoas que eu não me sentia bem, agora estou fazendo parte (...) Eu fui aprendendo a encontrar o sentido do Grupo Comunitário, ver como que é importante eu, é, fazer parte e ser, e ser do Grupo. (Carlos, cinco anos de participação no GCSM)*

*Eu acho ainda que eu me doe pouco pro Grupo, mas o pouco que eu doe ajudou muito o Grupo durante esses sete anos (...) Quando eu fiquei um tempo sem vir pro Grupo, (...) eu senti muita falta. Então eu acho que isso mostra que eu gosto muito do Grupo, sim. Eu sinto muito apreço pelo Grupo. Porque o Grupo sente muito apreço por mim. (Luiz, sete anos de participação no GCSM)*

Carlos retomou seu processo de engajamento na participação regular, ao refletir sobre como não se sentia confortável junto aos demais participantes do Grupo ao começar a frequentá-lo, mas já ansiava por estabelecer um vínculo. Com o tempo, houve o processo de apropriação da proposta do GCSM, compreensão de suas características e atribuição de sentidos ao mesmo, repercutindo na possibilidade de *“fazer parte e ser do Grupo”*, ou seja, viver uma relação de pertença e estar consciente dela.

Para Stein (1932/2003), há uma compreensão da consciência do pertencer pela responsabilidade para com a comunidade, à medida que o sujeito é convocado a participar de sua construção. Nesse aspecto, no trecho da fala de Luiz, percebemos a presença de partilha, afeto e comprometimento, além do destaque para *“sentir falta do Grupo”*, que desvela a relevância que o mesmo apresenta no cotidiano do participante.

Assim, os trechos das falas dos entrevistados apontam para o movimento dinâmico da relação de pertencimento ao GCSM, permeada pelas experiências de identificação, de constituição de lugar, trocas, partilha e doação de si ao Grupo em uma postura de ajuda, os quais são características fundamentais de uma comunidade, segundo Stein (1932/2003). Além disso, vale refletir sobre como as relações comunitárias apresentadas se retroalimentam no processo de reciprocidade, uma vez que auxiliam na constituição do sujeito e são constituídas por eles, membros da comunidade grupal.

A partir das reflexões steinianas, Fuentes (2016) aponta que, para se compreender em profundidade uma pessoa, é preciso entendê-la como um *“nós”*, pois a existência do indivíduo se dá no

mundo, ou seja, imersa em uma comunidade, constituindo a própria estrutura do ser humano. Desse modo, as relações dos participantes com um grupo que se propõe comunitário, favorecem e auxiliam a compreensão das vivências comunitárias: vivências que vão além da dimensão individual, visto que o ser humano é, essencialmente, ser em relação.

A partir do cultivo de tais relações afetivas, comunitárias e de pertença, advém a possibilidade da gratidão, conforme pode ser visto nos trechos a seguir:

*Eu aprendi bastante coisa aqui, aprendi experiência, aprendi bastante coisa, e eu acho que isso aqui [o HD e o GCSM] faz uma parte também da minha vida. Acho não, tenho certeza. Eu tenho muito é que agradecer e se eu tivesse condição de pagar, de alguma forma, eu tinha vontade, como voluntário, alguma coisa, alguma coisa, em troca do que eu recebi aqui. (...) Eu tenho uma gratidão aqui no HD com todo mundo, uma gratidão bem forte. (Jorge, seis anos de participação no GCSM)*

*Eu sou grata pelo Grupo, pelas pessoas, pelo convívio, pela experiência, pelas trocas, sabe, acho que gratidão o que, o que me vincula ao Grupo é a gratidão que eu tenho pelas pessoas, então, esse é o vínculo, é um vínculo de gratidão. (Clara, três anos de participação no GCSM)*

Os relatos dos participantes apresentam um vínculo com o GCSM, pautado pela gratidão. Jorge afirma a certeza do Grupo como parte de sua vida e fala do desejo de retribuição ao GCSM, em um movimento de agradecimento. Seu depoimento, assim como o de Clara, sugere gratidão pela possibilidade da participação regular continuada, pelos vínculos estabelecidos, pela possibilidade de ter vivências comunitárias, de se sentir pertencente a esta comunidade, pelas trocas e relações de solidariedade, pelos lugares encontrados no Grupo, dentre outros fatores.

Compreendemos tal gratidão como uma experiência que suscita compromisso, engajamento, motivação para manter a presença ativa e de contribuir de alguma forma com o Grupo, ou seja, de constituí-lo, enquanto se é constituído por ele. Também



percebemos esse movimento no relato de Luiz sobre sua ajuda ao GCSM, ao longo dos anos de participação regular continuada; e de Sônia, sobre ser um exemplo no contexto grupal e sentir-se feliz por ajudar o outro. Todos os participantes regulares deste estudo manifestaram diferentes formas de retribuição ao Grupo, em movimentos voluntários de gratidão, valorização e consideração pelo espaço de cuidado grupal. Tais contribuições se deram por meio de participação ativa na organização do espaço físico; do compartilhamento de experiências durante as etapas da sessão grupal; da divulgação do Grupo para conhecidos; da apropriação da proposta do trabalho grupal em seus cotidianos; e da constante postura de ajuda aos demais integrantes do GCSM.

Além disso, podemos retomar as compreensões de Stein (1932/2003) sobre as relações de pertença, para compreender a experiência de gratidão referida pelos participantes regulares. Para a autora, o pertencimento engloba se encontrar em uma comunidade; ser formado por ela; e desempenhar certas funções. O modo como se vive a comunidade, com a noção do vínculo com ela, também expressa pertencimento pela manifestação de gratidão e de deveres para com a comunidade.

Assim, a análise efetuada aponta para a repercussão da comunidade na constituição pessoal e subjetiva, e o conseqüente sentimento de gratidão por essa formação como um movimento inerente à pertença a uma comunidade. Com base nos relatos e experiências dos participantes regulares, compreendemos que o senso de pertencimento ao GCSM é algo que foi desenvolvido em um processo singular para cada pessoa, à medida que se desenvolvia a participação regular continuada no Grupo. Nesse processo, a apropriação dos sentidos e propostas do Grupo; a possibilidade de realizar uma experiência de “si” e de “nós”; e o encontro de um lugar de abertura e de singularidade no contexto grupal repercutiram na constituição subjetiva e na formação pessoal desses participantes. Portanto, surgiram dinâmicas de gratidão, desejo de retribuição e de permanência no Grupo, o qual pôde se tornar significativo e “*parte da vida*” dos participantes regulares.

## Considerações Finais

O presente capítulo apresentou uma compreensão acerca das experiências de participação regular continuada, no contexto do GCSM. Os participantes regulares trouxeram, em seus relatos, experiências de singularidade, de identificação, de empatia e transformação, em um processo de constituição da participação regular continuada no Grupo. Além disso, conseguimos entender as relações desenvolvidas com o GCSM como relações comunitárias e de pertencimento, as quais apresentam repercussões tanto para o cotidiano dos participantes, quanto para o desenvolvimento das sessões grupais.

Tal estudo e compreensão acerca das pessoas que estabelecem uma relação singular com um grupo de promoção de saúde mental aberto, que propõe o retorno à dimensão comunitária e propicia atenção às experiências de vida, contribui para os campos de pesquisa e de atuação multidisciplinar em saúde mental e saúde coletiva, uma vez que auxilia a discussão sobre processos de subjetivação e de singularização no contexto comunitário. No recorte do GCSM, o destaque para as participações regulares continuadas remete à uma atenção para os microprocessos de constituição do trabalho grupal, além de focar o ambiente relacional e a relevância do mesmo para a experiência subjetiva humana.

## Referências

- Ales Bello, A. (2015). *Pessoa e comunidade: Comentários: Psicologia e ciências do espírito de Edith Stein* (M. Mahfoud, Ir. J. T. Garcia, Trads.). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Basso, L., Souza, R. M., Araújo, S., & Cândido, C. L. (2019). Possibilidade de transformação do sujeito a partir dos vínculos no grupo psicoterapêutico infantil. *Vínculo – Revista do NESME*, 1(16), 52-68.

- Bianchi, P. C., & Malfitano, A. P. S. (2020). Território e comunidade na Terapia Ocupacional brasileira: uma revisão conceitual. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 621-639.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28. doi:10.1590/S1413-24782002000100003
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences* (pp. 843-860). Singapore, Malaysia: Springer.
- Cardoso, C. L., & Ishara, S. (2013). Grupo Comunitário de Saúde Mental: Uma análise fenomenológica. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceitos, delineamento metodológico e estudos* (pp. 43-91). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim.
- Coelho Júnior, A. G. (2018). *Autenticidade e corporeidade na obra de Edith Stein* (Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperada de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59142/tde-21122018-192254/pt-br.php>
- Fuentes, P. M. (2016). La empatía como punto de partida para estructurar la ética em Edith Stein. *Memorandum*, 31, 206-217. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6436/4023>
- Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2013). Delineamento do Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.19-40). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Mahfoud, M. (2012). *Experiência elementar em psicologia: Aprendendo a reconhecer*. Brasília, DF: Artesã.

- Mezzarroba, O., & Silveira, V. O. (2020). The principle of the dignity of human person: a reading of the effectiveness of citizenship and human rights through the challenges put forward by globalization. *Revista de Investigações Constitucionais*, 5(1), 273-293. doi: 10.5380/rinc.v5i1.54099
- Minaré, N. F. (2021). *A participação regular continuada e as relações desenvolvidas com o Grupo Comunitário de Saúde Mental* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperada de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-21062021-175213/pt-br.php>
- Mizrahi, B. G. (2017). Winnicott, Kohut e a teoria da intersubjetividade: Uma psicanálise do pertencimento frente à precariedade contemporânea dos vínculos. *Cadernos de Psicanálise*, 39(36), 11-29. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v39n36/v39n36a01.pdf>
- Pinheiro, B. C., & Cardoso, C. L. (2019). Formação profissional em uma atividade vivencial em saúde mental: Grupo Comunitário de Saúde Mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 24(3), 317-327. doi:10.22491/1678-4669.20190032
- Prado, A. P. C., & Cardoso, C. L. (2020). Coordenação grupal em uma modalidade de cuidado: Grupo Comunitário de Saúde Mental. *Psicologia em Estudo*, 25, 1-15. doi:10.4025/psicoestud.v25i0.42129
- Safra, G. (2014). *A po-ética na clínica contemporânea* (4a ed.). Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Safra, G. (2017). *A face estética do self: teoria e clínica* (9a ed.). Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Salles, A. C. R. R., & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: Persistentes desafios da

desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 369-379.  
doi:10.1590/1807-03102016v28n2p369

- Stein, E. (2003). La estructura de la persona humana. In E. Stein, *Obras completas: Vol. 4: Escritos antropológicos y pedagógicos: Magisterio de vida cristiana: 1926-1933* (F. J. Sancho, C. R. Garrido, & A. Pérez, Trads., pp. 555-749). Burgos, España: Editorial Monte Carmelo. (Trabalho original publicado em 1932).
- Stein, E. (2005). Sobre el problema de la empatía. In E. Stein, *Obras completas: Vol. 2: Escritos filosóficos: Etapa fenomenológica: 1915-1920* (C. R. Garrido, & J. L. C. Bono, Trads., pp. 55-203). Burgos, España: Editorial Monte Carmelo. (Trabalho original publicado em 1917).
- Stein, E. (2005). Contribuciones a la fundamentación filosófica de la psicología y de las ciencias del espíritu. In E. Stein, *Obras completas: Vol. 2: Escritos filosóficos: Etapa fenomenológica: 1915-1920* (C. R. Garrido, & J. L. C. Bono, Trads., pp. 207-520). Burgos, España: Editorial Monte Carmelo. (Trabalho original publicado em 1922).
- Weil, S. (2014). *O enraizamento: prelúdio para uma declaração dos deveres para com o ser humano* (J. Ferreira, & J. Cláudio Trads.). Lisboa: Relógio D'Água. (Trabalho original publicado em 1943).

## CAPÍTULO 3

### O paradoxo no cuidado em um contexto de saúde mental <sup>1</sup>

*Rita Martins Godoy Rocha  
Carmen Lúcia Cardoso*

*Há um pássaro azul no meu coração  
que quer sair  
mas eu sou muito duro com ele,  
eu digo,  
fica quietinho, você quer  
me confundir?  
quer estragar o  
meu trabalho?*

(Charles Bukowski, 2002)

No encontro entre a pessoa que adoece e a pessoa que cuida, dilemas aparecem, especialmente, quando entrelaçados ao entendimento tradicional do que é cuidar. As relações de cuidado, pautadas no modelo biomédico, centralizaram a doença e sua etiologia como o foco de atenção dos profissionais e estabeleceram na moderna ciência médica um princípio fundamental: o profissional de saúde como a pessoa que deve encontrar o

---

<sup>1</sup> Este capítulo é parte da tese de doutorado, de autoria de Rocha, R. M. G., intitulada “Análise compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde: o Grupo Comunitário de Saúde Mental” (Rocha, 2015), em que a autora se dedicou a compreender a metodologia de intervenção em grupo na saúde denominado: Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM). Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES/CNPQ) - Bolsa de Doutorado, Demanda Social, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP).

mecanismo norteador de um problema e promover sua cura (Camargo Jr., 1992; Capra, 1991). Concebeu-se, como consequência, uma hierarquização do cuidado entre aquele que detém o poder da cura e aquele que precisa ser curado.

No campo específico da saúde mental, a ascensão do modelo psicossocial, mediada pelos ganhos com a Reforma Psiquiátrica no país, mobilizou novos paradigmas de atenção. Os profissionais da saúde foram convidados a reposicionarem seus focos analíticos quando estivessem em contato com usuários e familiares (Barreto, 2005). A simetria e horizontalidade das relações, somada ao estímulo ao protagonismo dos diferentes agentes, aparecem como premissas importantes do trabalho e que demandam, por sua vez, uma abertura do profissional e do usuário a novos arranjos relacionais mais colaborativos, com destaque para a “pessoa” por trás das “posições” ocupadas nos serviços.

Pautada por essa modificação contextual, a relação entre profissionais de saúde e usuários traduz mudanças paradigmáticas, cujas marcas históricas remontam a assimetria biomédica. O entendimento da loucura associada à doença legitimou o hospital como espaço do diagnóstico/tratamento, onde o médico assumiu o lugar de autoridade, responsável por regular o discurso sobre a normalidade e o processo de marginalização de pessoas em sofrimento mental (Foucault, 1979).

Com as demandas reformistas, indicou-se a necessidade de enfocar a pessoa considerada doente, de modo que colocasse entre parênteses a sua doença e a maneira pela qual ela foi classificada, para, assim, retomar a pessoa:

A definição da síndrome já assumiu um peso de juízo de valor, que vai além do significado real da própria enfermidade [...]. Essa objetivação do homem como síndrome, operada pela psiquiatria positivista, trouxe consequências muitas vezes, irreversíveis para o doente mental, que originariamente objetivado e restrito aos limites da doença, foi confirmado como categoria para além do humano por

uma ciência que precisava afastar e excluir aquilo que não conseguia compreender. (Basaglia, 2010/1969, p. 36)

Na busca por destacar o humano, que sofre na sua dimensão idiossincrática, o protagonismo da pessoa adoecida é pauta para uma nova disposição relacional com o seu cuidador, de modo que ambos possam legitimar suas diferenças e, ao mesmo tempo, promoverem a ajuda naquilo que possuem em comum: a dimensão humana.

Somados à necessidade de reposicionar as características ontológicas do humano ao cuidado, estão as críticas ao modelo biomédico clássico e aos manicômios, associadas à conjuntura nacional brasileira de institucionalização do Sistema Único de Saúde, contrária à exclusão e ao abuso das pessoas em sofrimento mental. Tal conjuntura, por sua vez, favoreceu a conquista de mudanças legais, que tinham como premissas de ação, o reconhecimento da cidadania e o empoderamento dos usuários e familiares em todo o processo de adoecimento (Barroso & Silva, 2011).

As transformações na área da saúde mental abarcaram, em especial, fatores técnico-assistenciais, epistemológicos e culturais, no sentido de promover um novo entendimento do sofrimento mental e a criação de um espaço social da loucura na diferença que ela representa (Amarante, 2007). Assim, uma visão ampla e pluridimensional da saúde, em detrimento do sentido centrado na doença, angariou uma polissemia ainda em processo de tematização no cotidiano dos serviços. Tal cenário tem demandado atenção, no sentido de compreender os desafios de implantação do paradigma biopsicossocial (Tesser & Luz, 2008).

O presente capítulo buscará descrever e problematizar alguns dos desafios encontrados na efetivação do modelo psicossocial, por meio da análise dos relatos de participantes numa atividade grupal. O grupo em questão, intitulado Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM), convida a uma relação simétrica, onde a dimensão humana, partilhada por todos, é o foco do processo grupal.



## **Contexto do estudo: O Grupo Comunitário de Saúde Mental**

O Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) ocorre, entre outros contextos, no Hospital Dia (HD), em uma cidade referência em saúde mental do interior de São Paulo, semanalmente, e constitui um espaço de assistência e formação de profissionais na área da saúde mental. O HD traduz uma modalidade de hospitalização parcial, fundamentado em princípios da psiquiatria clínica, psicodinâmica e atenção psicossocial, que busca oferecer cuidado para usuários que necessitam de tratamento intensivo e multidisciplinar (Ishara, 2007).

Entre as atividades de atendimento nesse serviço, está o GCSM. Segundo Cardoso (2012), a proposta surgiu em 1997, com o objetivo de ampliar o repertório de práticas de cuidado em saúde mental. Naquele momento inicial, o trabalho possibilitava o acesso a informações, por parte de usuários e familiares, sobre doenças mentais e seus respectivos tratamentos. Ao longo do percurso de desenvolvimento da atividade, o foco de trabalho foi se alterando, dada a percepção da riqueza dos relatos pessoais, que permitiram uma valorização crescente da experiência de vida dos participantes. Os temas, de forma processual, foram ampliados para além do foco educativo. Concomitantemente, houve um processo de inclusão de profissionais, estudantes e pessoas da comunidade geral, junto aos usuários e familiares, como participantes do grupo, sem delimitar atribuições diferenciadas para tal participação.

Conforme ressaltado por Ishara e Cardoso (2013) e Rocha e Cardoso (2017), o GCSM, em sua historicidade, passou a centralizar a atenção à experiência cotidiana, ao valor intrínseco da pessoa humana e à dedicação ao encontro humano pela relevância das relações em sua imersão comunitária. Dessa forma, o foco do GCSM passa a ser o que une o ser humano à sua condição de pessoa.

Sob esse olhar de valorização da experiência, inerente à relação entre pessoa-pessoa, pessoa-mundo e pessoa-cotidiano, o GCSM acontece com duração de aproximadamente uma hora e trinta

minutos, em que o coordenador inicia o grupo com a função de apresentar o grupo e acolher os participantes, com vistas a sinalizar como tarefa o compartilhamento de experiências de vida. No período deste estudo, contabilizaram-se, aproximadamente, vinte e cinco pessoas na composição do grupo por semana.

As etapas que compõem o Grupo são: a) Sarau, b) Compartilhamento de Experiências e, por fim, c) Etapa Reflexiva. Essa estrutura é singular para cada grupo desenvolvido, não prevendo a continuidade de temas, conversas e assuntos entre os encontros. No Sarau, os participantes relatam experiências vividas a partir do contato com a cultura, remontando a apropriação e percepção do mundo humano em seu caráter estético. O Compartilhamento de Experiências, por sua vez, é o espaço para a partilha de experiências cotidianas, ou seja, histórias vivenciadas e valorizadas pelo participante. Na última parte do trabalho grupal, a Etapa Reflexiva, convida as pessoas para expressarem as experiências vividas no grupo, ou seja, se reconhece algo significativo para si nas etapas anteriores (Cardoso & Ishara, 2013).

A proposta do GCSM encontra-se em constante abertura dialógica, desde sua origem, com contribuições teóricas fenomenológicas, aportes da antropologia filosófica de Giussani e da teoria de grupo operativo de Pichon-Rivière, entre outras (Cardoso, 2012; Rocha, 2015; Rocha & Cardoso, 2017). O trabalho, atualmente, vem se desenvolvendo por meio dos seguintes objetivos gerais: a) Fomentar um exercício contínuo e pessoal de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana, com vistas a formação da pessoa humana; b) Oferecer uma modalidade de cuidado acessível, com ênfase na promoção da saúde mental; c) E, por fim, desenvolver uma rede de pessoas articuladas em um movimento de atenção e compartilhamento de experiências de vida (Ishara & Cardoso, 2013).

A participação no GCSM envolve um exercício contínuo e pessoal de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana. Tal disposição propicia uma aproximação com a horizontalidade e protagonismo das relações no trabalho em grupo, em força contrária aos desafios

encontrados pelas marcas generativas de um modelo de saúde pautado pela assimetria e pela reificação da doença, tendendo a transformar o sofrimento humano em uma forma de dominação (Camargo Jr., 1992).

### **Descrição metodológica**

O fundamento epistemológico do estudo pautou-se no diálogo com a Fenomenologia, especialmente com Husserl (1913/2006, 1936/2012), de forma a delinear o fenômeno estudado pelo seu contexto generativo, pela intencionalidade como premissa do pensar fenomenológico, de forma a buscar um olhar eidético, sem presumir determinismos e dualidades. Destaca-se também a presença co-humana, por meio dos conceitos de intropatia e da experiência fenomenológica. Em outras palavras, a Fenomenologia, como um movimento filosófico amplo, influenciou a revisão no modo de produzir um conhecimento em ciências humanas, propondo a superação do modelo explicativo e causal, com atenção para o caminho compreensivo que permite acessar o mundo ao tempo em que se acessa a pessoa e sua experiência (Husserl 1913/2006).

Nesse capítulo, voltamos à atenção aos desafios encontrados na experiência de participação no GCSM. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado pelo número 08669512.4.0000.5407. O corpus do estudo, por sua vez, esteve pautado em dois procedimentos, a saber:

a) *Entrevistas abertas*, individuais, com nove participantes que compartilharam suas experiências, a partir da questão norteadora: “Conte sobre a sua vivência no Grupo Comunitário”. As entrevistas perfizeram um total de 13h 28 min e 52 segundos de gravação, com duração média de cerca de 1h 30 min cada. Foram realizadas entrevistas com vistas a visibilizar a diversidade de participação, nesse modo, compuseram o corpus três profissionais médicos, três usuários e três familiares. Vale ressaltar que nenhum dos participantes tinha parentesco entre si, ou seja, os familiares

entrevistados não eram parentes dos usuários que participaram do estudo. Os nomes utilizados são fictícios, resguardando o sigilo dos depoimentos (Resolução n. 196, 1996).

b) *Observação participante*, que consistiu na inserção da pesquisadora no Grupo Comunitário, na busca por vivenciar o seu cotidiano e estar significativamente presente nas diversas situações (Malinowski, 1975). Foi possível, manter a proximidade com as pessoas e experiências coletivas, em uma perspectiva que se desvincula do naturalismo dos fatos, pautada na epistemologia fenomenológica (Katz & Csordas, 2003; Kusenbach, 2003). As impressões, mediadas por um contínuo movimento reflexivo e suspensivo, foram registradas no caderno de campo.

A análise do corpus seguiu o fundamento fenomenológico, que destacou as etapas descritivas e compreensivas para compor a maneira como os participantes, no encontro com a pesquisadora, concebem o fenômeno grupal. Não se trata de realizar uma objetivação da subjetividade, e nem de finalizar o estudo com a singularidade dos informes em cada sujeito, mas de realizar a busca pelos traços essenciais e passar da singularidade a um exercício de generalidade da experiência em tema (Barreira & Raniere, 2013).

### **As relações e seus paradoxos**

O reconhecimento do paradoxo envolve a problematização de elementos tidos como dicotômicos e contraditórios. Temas supostamente opostos convivem, de forma conjunta e intrínseca, ao fenômeno que, por sua vez, abarcam um significado inacabado e em contínuo movimento. O paradoxo apontado em Husserl (1936/2012) sugere a impossibilidade de um conhecimento que separa o mundo científico do mundo da vida. Dessa forma, concebe-se que a relação paradoxal imprime que opostos integram o ato de conhecer algo, revelando as facetas de um fenômeno complexo. No encontro entre os participantes e o pesquisador abriu-se a possibilidade de compreender alguns dos paradoxos, identificados a partir das participações no Grupo Comunitário de

Saúde Mental, que por sua vez, estabelecem desafios na implantação de um modelo psicossocial na saúde mental.

A construção dessa análise traz significados das entrevistas e do campo da pesquisa em que os participantes discorrem sobre a relação entre saúde e doença, e os resquícios generativos de uma compreensão enraizada no modelo de saúde como ausência de doença, associada à naturalização da hierarquia entre o profissional que detém o conhecimento sobre a doença e o usuário fragilizado, privado de saúde e protagonismo. No espaço-tempo da entrevista entrecruzam-se, entre os participantes, resquícios de vivências no modelo manicomial em transição para o modelo psicossocial. A participação no grupo traduz, por sua vez, uma aproximação significativa com o modelo psicossocial, por ter como fundamento uma proposta grupal de considerar os aspectos ônticos, ontológicos, culturais e educativos da constituição da pessoa humana no campo da promoção da saúde.

O enquadre proposto pelo GCSM, repercute em como a atividade é compreendida. Ele está próximo, em sua essência, à valorização da pessoa e afinado à dimensão psicossocial, e esse diferencial, aparece, por vezes, entre os participantes da pesquisa como elemento que o afasta do significado de um “grupo mesmo”. Entre os participantes, a palavra “grupo” reverbera nas demais práticas disponíveis, institucionalmente, mais consonantes às marcas históricas e cotidianas do modelo biomédico com o foco na doença.

*Os outros grupos são grupos mesmo [...] (R: pesquisadora: Você falou. “Os outros grupos são grupos mesmo.” Quê que seria grupos mesmo?) Não são comunitário. São destinados especificamente à doença. (Cassia, usuária)*

*Grupo Comunitário, acho que, ele só usa o Hospital Dia assim. Porque ele pode, ele pode dar certo em qualquer lugar, entendeu? É um grupo que, eu não classifico como grupo do Hospital Dia. Porque ele pode dar certo em qualquer lugar. (Severino, usuário)*

A expressão da doença apareceu como um sentido notório para atribuir a definição de “*grupo mesmo*” [sic]. Os grupos na área de saúde mental são de “doença”. Esse aspecto, destacado por Cassia, elencou como grupo outras atividades grupais desenvolvidas no HD, em geral coordenados pelos residentes que passam pelo serviço, supervisionados por seus preceptores. Esses grupos fornecem apoio às pessoas por meio de conteúdos que trazem a ligação entre pessoa e seu adoecimento, oferecem orientação, apoio e possibilidades de enfrentamentos, sendo centrados no tratamento. Ou seja, tais grupos têm como finalidade favorecer o tratamento e uma maior compreensão sobre a doença como uma categoria analítica de cuidado em saúde mental.

Por sua vez, o GCSM foi descrito por Cassia como “comunitário” e não como “grupo”, na medida em que tem perspectivas terapêuticas pela via do restabelecimento perceptivo entre sujeito e mundo, sem o foco na estrutura direta da doença. O modelo psicossocial enfatiza o cuidado através da construção de espaços comunitários, com olhar para a integralidade da pessoa, seus potenciais e não apenas os déficits. Severino, em associação, apontou que o GCSM poderia ser desenvolvido fora do contexto do tratamento psiquiátrico, não se encaixando como um grupo do “hospital”, o grupo poderia ser desenvolvido em qualquer lugar. Reconhece que o cuidado ampliado com a saúde mental não fica restrito ao hospital, uma vez que foge das equações doença/tratamento, paciente/profissional e sanidade/insanidade, inserindo novas perspectivas de cuidado.

O estabelecimento do GCSM como uma prática afastada da fundamentação do modelo asilar pode estar relacionado às dificuldades para participar do grupo, sendo um aspecto analisado nas entrevistas e na observação participante, em especial, na visão de alguns profissionais em formação, ao partilharem de um contexto generativo onde coabitam resquícios do modelo asilar e a ascensão do modelo psicossocial. Cabe ressaltar que o GCSM tem como característica de composição, a presença de usuários, familiares, profissionais, sem delimitar funções diferenciadas nessa

participação. Imprime, além de uma revisão de práticas centradas na doença, um convite à horizontalidade das relações, intenciona, dessa forma, estar afinado aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da compreensão de que viver uma experiência é comum a todas as pessoas, podendo ser partilhado por qualquer integrante do grupo:

*No grupo, [refere aos outros grupos que coordena no HD] ainda existe sim a assimetria, mas já tem o Grupo Comunitário que não existe mais, né? [...] No Grupo Comunitário eu não entro com nenhuma preocupação ou responsabilidade terapêutica. Não... a principal diferença vai ser essa. Lá em [cita o nome de um Grupo que coordenou quando se formou] eu entrava com a preocupação que eu tava lá pra acrescentar, pra... mas pra acrescentar com a responsabilidade meio médica, responsabilidade terapêutica... tal o médico dificilmente foge dessa... dessa responsabilidade que a gente teve fixa na cabeça, né? De tentar ajudar... (José, médico residente).*

José vivenciou na experiência do GCSM, uma disposição diferente da que estava acostumado quando participava de outros trabalhos grupais no contexto da saúde mental e ao longo de sua trajetória profissional. O GCSM, no enquadre que propõe, convida às problematizações acerca da maneira como o profissional entra nesse espaço. Estar simétrico ao paciente foi compreendido como colocar-se em uma posição sem *“nenhuma preocupação ou responsabilidade terapêutica”* [sic], destituindo o profissional de uma funcionalidade. O espaço costumeiro de quem conduz o grupo é esvaziado no GCSM, o que dificulta o engajamento na atividade, uma vez que tal engajamento aparece quando ligado à responsabilidade de ajuda como médico profissional, conduta já *“fixa na cabeça”* [sic].

A compreensão da ação terapêutica associada à relação com a doença, favorece um considerável estreitamento do horizonte de atuação profissional, de forma a não se compreender como ação de cuidado, a perspectiva educativa e terapêutica da comunicação de si, enquanto pessoa que vivencia criativamente a vida cotidiana e

oferece a sua experiência ao grupo. Nesse mesmo sentido, a experiência de vida não é reconhecida e valorizada como instrumento de ajuda.

Desta forma, ainda que o campo de objetivos do tratamento psiquiátrico destaque uma perspectiva de socialização e as experiências cotidianas representem a possibilidade de articulação valiosa da pessoa com a realidade, observa-se a dificuldade para valorização das experiências de vida em uma perspectiva terapêutica, ainda que a comunicação de uma experiência no grupo possa representar um gesto de generosidade e engajamento, capaz de gerar encontros.

Participar do grupo envolveu a construção de um lugar que ainda está vazio, ou presumido apenas pela oposição ao ser médico. Desse modo, possibilita operacionalizar em ato uma proposta de horizontalidade, afinada ao modelo psicossocial e à perspectiva de reconhecer no outro uma pessoa como eu. A alteridade no âmbito do cuidado, por sua vez, alia-se a um estranhamento e ao esvaziamento do profissional, antes focado em sua especialidade. Conhece-se intelectivamente os pressupostos do modelo epistemológico do grupo, mas na prática, inicialmente, percebe-se uma dificuldade de compreensão na colocação de sua presença como pessoa. O descompasso favorece a cisão entre pessoa e profissional. A participação não está mais na função médica/especialista no sentido tradicional, de alguém que detém conhecimento sobre a doença e atua sobre a mesma. A coordenação e condução do enquadre do grupo ocupam uma função importante para garantir que a metodologia não ocorra de forma tradicional.

A percepção do esvaziamento da função profissional vem acompanhada da dificuldade em compreender a nova disposição de estar participando como qualquer outro componente, olhando para si e para o usuário de um prisma diferente:

*Tipo vê texto no Grupo Comunitário. Ficar vendo paciente falando coisa... [risos]. É assim, sabe? Essas coisas, eu acho que acabam influenciando. Até porque isso é uma ideia que eu tenho, pela mentalidade médica que a gente*



*sai. A gente sai pra não aceitar esse tipo de coisa, sabe. (Antônio, médico residente)*

A expressão de Antônio apontou para a dificuldade encontrada quando chegou a um espaço caracterizado por um modelo diferente daquele vivido ao longo dos anos de formação no curso de Medicina, em que foi empoderado por um saber. A disposição simétrica mobilizou uma inconformidade para com a metodologia, que inicialmente é subvalorizada e, por vezes, compreendida com um significado “pejorativo” e superficial, sem finalidade, na medida em que não se percebe o sentido terapêutico de um paciente ler texto, ficar falando “*coisa*” [sic]. A proposta de atenção à experiência cotidiana no encontro com a cultura não é, inicialmente, valorizada. A proposição de uma apreensão dos sentidos e atenção às experiências que são feitas, não é compreendida, a princípio, como possibilidade de cuidado em saúde mental. Falar de “*coisa*”, que não seja a doença e o sofrimento, faz pouco sentido dentro do hospital psiquiátrico, reiterando a lógica de olhar para pessoa através do viés da doença/sofrimento mental. O contato com o cotidiano e a descoberta de sentidos no mesmo é esvaziado, vira “*coisa*”. Tal conjectura favoreceu associações do GCSM com a tendência a reificação do senso comum, a partir de falas que remetiam a um otimismo ingênuo, no qual tudo é belo e bom, conforme expressões traduzidas nos registros de campo. Permeia no entorno generativo, uma estereotipia frente àquilo que não se centra no problema, soma-se à desconsideração do processo de formação do humano que as experiências possuem.

A compreensão de que se trata de um grupo heterogêneo, comunitário, com pessoas em diferentes graus de maturidade pode ser pouco considerada ao se dirigir para as experiências partilhadas, podendo ocorrer uma desvalorização de “*esboços*” de experiências, segundo a compreensão da tarefa e o nível de contato com a mesma. Reconhecer essas singularidades envolve, por sua vez, a valorização da composição heterogênea do grupo.

A baixa tolerância, quando em contato com participações tidas como superficiais, remonta, paradoxalmente à baixa tolerância, com a condição de fragilidade. No contexto grupal, seria incongruente esperar que homogeneamente as participações possam ser maduras e profundas.

Historicamente, o terapêutico aparece, por vezes, centrado em um “insight poderoso”, ligado ao processo de adoecimento e à hermenêutica clínica:

*O senso comum incomoda o profissional [risos]. Incomoda a gente, que a gente... ah... porque o que a gente estuda, não é o senso comum, né? A gente tenta sempre estudar alguma coisa mais, o além. O que as pessoas comuns não veem. E tal... então a gente tem a impressão de que se a gente ficar no senso comum, a gente tá fazendo nada (José, médico residente).*

O incômodo diante do senso comum mobiliza José a situar-se como profissional qualificado da saúde mental quando alinhava uma compreensão para “além” do que as pessoas podem ver. Torna-se, para o profissional, um lugar diferente daquele “das pessoas comuns”, quando se está na posição de médico, segregando a possibilidade de aproximar-se do que o outro vê e entende. Reitera a hierarquia própria do modelo asilar que constitui um como dono do saber e outro como paciente, incapaz, desprovido de conhecimentos (Pinheiro & Cardoso, 2019). O lidar com o comum é significado quase sinônimo de “nada”, de não fazer nada. Imprime uma necessidade de apreensão sobrevalorizada e idealizada do próprio saber em relação aos outros. Essa dimensão reverbera na compreensão do que é a atenção ao cotidiano. O trabalho do grupo em si, busca descobrir a originalidade de cada experiência, ao mesmo tempo em que indica o reconhecimento dos aspectos universais das vivências, compreendidos como processos de humanização em meio a realidade. Essa disposição atenta para o cotidiano pode começar com a identificação do que é comum e partilhado na cultura. Conforme apontado anteriormente, o recorte assinala, ainda, o incômodo diante das limitações de algumas

contribuições trazidas ao grupo, que parece apontar para a dificuldade de tolerância diante da percepção de precariedade de algumas contribuições. Nesse sentido, aponta-se uma dificuldade para o estabelecimento de um encontro humano que considere de forma mais ampla a complexidade da pessoa, tornando possível acolher as limitações dos participantes.

Nesse entorno, para alguns dos profissionais participantes, muitas vezes em formação e no início do trabalho de campo na saúde mental, constrói-se a percepção de que os grupos angariam uma tendência terapêutica e científica, quando trabalham com “o profundo” em contraposição ao senso comum (superficial). Porém, o entendimento de profundo, entre os profissionais, remete a um significado reificado com base nos modelos terapêuticos tradicionais, não necessariamente associando a profundidade à compreensão da proposta do GCSM de exercício frente ao cotidiano, de envolvimento com a vida a ponto de pensá-la, significá-la, encontrando sentido no que é vivido. A apreensão de algo original na experiência do outro e que ao mesmo tempo porta algo universal (dimensão ontológica), aparece como objetivo do GCSM. A disposição do coordenador deixa de ser a de corrigir sintomas (que tradicionalmente é vista como o sucesso terapêutico) para apreender processos de humanização presentes na interação cotidiana da pessoa frente a sua realidade, um ensejo de exaltar as dimensões ontológicas humanas, transpostas na singularidade de cada experiência.

A suposta ausência de conflito no GCSM integra também os questionamentos identificados, no sentido de que os profissionais compreendem que mobilizar conflito pode ser proveitoso ao processo terapêutico, entendendo o conflito como um espaço onde é possível a confrontação e o estabelecimento de hermenêuticas baseadas no modelo tradicional.

*No comunitário, não aparece o conflito... Eu acho que seria uma coisa legal pra se pensar... Até que ponto que, que, que... se já teve, né? Talvez você viu. Eu não lembro de ter visto. Pô às vezes, né? Pode ser rico às vezes né? O*

*cara fala uma coisa... “oh entendi que a proposta é aprender, mas não tive aprendizado nenhum...”. Seria interessante... Mais eu acho que até isso... Como tem, acaba surgindo muito tema. E você acaba falando as coisas que te tocam. Não sei se... Se é modelo ou se tem um modelo? Não sei. Porque isso estimularia um pouco a questão do, do aprendizado. Eu acho que o conflito, eu vejo muito comigo isso assim. Eu faço muito conflito comigo. Perguntar por que e tal. Porque me faz pensar o quê que realmente eu tô fazendo. Faz surgir outras coisas. (Antônio, profissional)*

*Um grupo assim, que se divide em experiências. Né? De vida... Isso tenta... Pela própria proposta que o [nome do coordenador] levanta assim de... Da pessoa desenvolver um novo olhar sobre a vida... Eu acho que tudo isso assim. É... Eu não sei. Eu acho que não levanta muito essa parte de conflito assim, dentro do hospital. Conflito entre pacientes, entre pacientes e médicos. (Davi, profissional)*

Antônio e Davi indicaram não terem lembranças de momentos conflituosos no GCSM<sup>22</sup>. Davi reconheceu que isso, em parte, tinha ressonância com a proposta de desenvolver um “*novo olhar para a vida*” [sic], já Antônio também tinha essa suspeita sem perceber se há um modelo epistemológico ou justificativa para a suposta ausência. Modelos tradicionais de abordagem terapêutica tendem a valorizar os conflitos que emergem na relação com a tarefa e entre os participantes como relevantes para configuração do processo terapêutico, por exemplo, o participante expressar que não gosta de outro participante, o que, possivelmente, permitiria uma elaboração.

A leitura de explorar o conflito, envolve generativamente, uma concepção de que o paciente psiquiátrico se associa, marcadamente, ao desnorreamento, ao “*encrencado*”. Paradoxalmente, o grupo convida à atenção para as aprendizagens possíveis, às idiosincrasias, em seu sentido último do humano como iniciador do novo. Construir um espaço que valoriza as

---

<sup>22</sup> Na observação participante ocorreram situações conflituosas, as quais foram mediadas pelo coordenador que delimitou o enquadre do grupo.

possibilidades mais construtivas do humano, não significa, por outro lado, negar as dificuldades e precariedades. Metaforicamente, quando uma pessoa participa de um coral, o centro é o canto, mas o corpo não é abandonado, ele está presente, mas não é o foco.

Desse modo, Antônio afirmou, textualmente, que não conhecia o fundamento do grupo, de modo que remontou o impacto das primeiras vivências no GCSM. Entretanto, ao longo do tempo e do aprofundamento da participação, a questão do conflito e a tensão entre profundidade e superficialidade (senso-comum) como integrante dos dilemas dessa metodologia, receberam uma disposição maior para ser compreendida:

*E é engraçado isso. Até você pensar com os residentes... com o pessoal... Quando eu cheguei pessoal falava muito... que o [nome do coordenador do grupo] falava em precioso, né? Pessoal brinca e tal... E é impressionante que eu não escuto mais isso, né? Quer dizer que antes que era visto como uma coisa assim. "Pô o cara tá viajando"... Mais hoje, parece que você vai incorporando. Que isso que é. Isso que é o doido do negócio. Quantas vezes que eu já, que eu já pensei na vida. Nossa isso é coisa do grupo, né? (Antônio).*

Antônio relatou suas dificuldades com o GCSM, também referenciando o grupo dos residentes em geral, e evidenciou o caráter pejorativo atribuído ao "viajar" [sic] do coordenador em torno do termo "precioso" [sic], usado para adjetivar a busca pelas experiências do cotidiano, com vistas à percepção daquilo que se apresenta como genuinamente significativo. A ideia do GCSM envolve acompanhar os passos da formação humana, referenciando o caminho até uma experiência "preciosa", "valiosa", não se trata de um grupo terapêutico com foco nos sintomas, mas passa pela identificação de valores, o encontro de valores no cotidiano.

As terminologias em torno da "experiência" modificam-se temporalmente na proposta, mas, em sua essência, enfatizam a

experiência de vida, que não são experiências quaisquer, não são informações, ou qualquer evento temporal/espacial, mas experiências que atravessam a pessoa e que levam a uma perspectiva de formação humana. A confusão que se estabelece é que a proposição pode ser interpretada como acompanhar experiências “positivas”, podendo resvalar na cisão diante da complexidade humana. Tal distorção é própria de um contexto atual, em que, por vezes, entende-se que experiências de vida são os eventos positivos/bons que acontecem. O “precioso” entra, nesse sentido, distorcido como positivo e a pessoa pode compreender que ela vai poder partilhar apenas momentos agradáveis. Tem-se a dificuldade em conceber situações problemáticas e de sofrimento como lugares de experiências preciosas e valiosas para a constituição da pessoa. O valioso da experiência de vida está no cotidiano que, em si, é precário e ao mesmo tempo fomentador da existência.

Entretanto, essas percepções transformam-se, na medida em que o participante percebeu uma mudança de postura em si mesmo. A expressão “isso que é doido no negócio” [sic], no relato de Antônio, envolve um reconhecimento surpreendido diante da possibilidade de se beneficiar daquilo que outrora era motivo de brincadeiras e chacotas. Reconhece ter desenvolvido um olhar diferenciado para o seu cotidiano e atribui tal vivência a participação no grupo.

Outro aspecto, expresso como um dilema para a participação dos profissionais, está ligado ao esvaziamento de uma proposta que não é entendida em sua funcionalidade clássica:

*Ficam uma coisa aqui por tabela assim... Eu acho que tem uma dificuldade pras pessoas de, de, aquela dificuldade da pessoa participar desse tipo de atividades assim, né? Eu acho que eu várias vezes eu ouvi falar, acho que é medo de se expor, não consegue quebrar um pouco essa diferenciação profissional com a ciência, né? Ééé, acho que você quebra um pouco isso no Grupo Comuni.... No hospital você quebra. No Grupo Comunitário você tem que quebrar até um pouco mais essa, essa linha que separa, né? Você tá ali. Você corre risco de se expor, de quase que mostrar você, né? No, no, no, no*

*grupo, né? Então você acha que deve gerar algum um tipo de ansiedade no profissional. Vou me mostrar no grupo... Vai ter um paciente lá, vai tá lá escutando e tal [...] Eu acho que quando você se expõe, você sai um pouco da posição protegida. Você pode sofrer ataques... Eu acho que é isso que acontece muito aqui, né? (Davi, profissional)*

Para Davi, a dificuldade entre os profissionais que se encontram em um novo modelo mais horizontalizado reverbera também, em um nível pessoal. O GCSM propõe uma participação simétrica, mais declarada do que no próprio Hospital Dia. O contexto generativo do Hospital Psiquiátrico é proeminente na vivência das pessoas que participaram do estudo, o Hospital Dia por sua vez, aparece como um serviço substitutivo, afinado ao modelo de atenção psicossocial, pactuado com os propósitos da Reforma Psiquiátrica, ele engendra, inclusive, a criação do GCSM, com a perspectiva de ampliar os pressupostos do cuidado para além da doença. Os conflitos generativos ressoam no dilema, associado à necessidade de exposição. Davi compreende que, quando há uma exposição por parte dos profissionais, eles saem da condição “protegida”, resguardada de qualquer questionamento e são convidados a entrar em outra dimensão, ou seja, a de estarem no grupo em um outro lugar, que não tem o poder de dar uma sentença, um diagnóstico, mas em um lugar onde podem vivenciar algo que é da realidade dele, vista inicialmente como fragilização do profissional. Submeter-se aos modos tradicionais não transparece a medida humana. Um espaço que possibilita um maior contato com si mesmo e com o outro, aparece como temido, por se arriscar a sofrer as consequências dessa “abertura”, em geral tidas como desagradáveis, “ataques” [sic]. Nesse aspecto, as dificuldades encontradas para o engajamento dos profissionais em formação psiquiátrica no trabalho no GCSM, especialmente, aparecem por não compreenderem, inicialmente, teoricamente e tecnicamente a proposta, e pela dificuldade em lidarem com o esvaziamento da função profissional clássica e preenchimento de um novo, mas já antigo atributo: ser pessoa no ambiente de trabalho.

O permitir-se sentir, em contrapartida ao sair ileso diante das posições e convites realizados no novo enquadre, são dimensões que caminham concomitantemente nas vivências. Tocam, nesse sentido, dificuldades na compreensão preliminar sobre o método do grupo, em que esse profissional, integrado a um contexto generativo, aproxima-se com pré-conceitos diante de algo original. A horizontalidade no grupo, por vezes, passa a ser entendida como se todas as pessoas fossem convidadas a serem pacientes, trata-se da primeira distorção, justificando por vezes, o medo de exposição. O convite do grupo, por sua vez, é o compartilhamento de experiências de vida, que integram um percurso pela vivência, onde a singularidade de cada participante é valorizada, ao mesmo tempo que imprime a condição humana de todos.

Neste meandro, a compreensão de alguns usuários dialoga e está afinada ao modelo tradicional e com expectativas em relação à diversidade de componentes, também valorando a questão do saber técnico e da formação profissional. Nas experiências sobre o GCSM, a presença do profissional e aquilo que é compartilhado por ele no grupo são percebidos como elementos de maior contundência:

*Mais eu não sei te explicar...Vejo diferença... Que a médica sabe explicar mais. Ela fala bem... ela sabe colocar as palavras [risos] sabe... como é que se fala, os pensamentos certo... Assim sabe? Formou lá o que vai falar... tem, o que vai falar, Sabe? Organizar... Eu acho que os médicos tudo bem que ela é ainda residente... Tá ainda... tá estudando mais. Tá especializando. Mais eu acho que os médicos sabe muito mais que a gente. Porque eles estudaram bem, sabe? (Ana, usuária)*

*A psicóloga que tá ali. Ela tem estudo. O médico que tá ali. Ele tem mais estudo. Se não tiver aqueles que tem um... maior... isso ajuda. Mesmo que ele fique quieto... A áurea dele tá ali ajudando a gente. A áurea do estudo. A áurea da formação. E às vezes você... Vamo supor. Eu já prestei muita atenção nisso. Vamo supor. Tem pessoas que tem o estudo. Tô falando do formado aqui... Da área da saúde. Ele não fala nada. Você pode olhar nele...*



*O semblante tá falando. Eu consigo ver o semblante dele falando. (Cassia, ex-usuária)*

A valorização do conhecimento técnico como um fator distintivo no espectro do grupo ocorre também entre os usuários. Ana e Cassia valorizam a presença do profissional nos grupos, mas um valor que está associado à sobreposição de um saber, “*os médico sabem muito mais*”, “*sabe colocar as palavras*” [sic]. Esse significado construído entre as usuárias, reifica o lugar de destaque do profissional dado historicamente, quase que em um âmbito mágico, conforme indicado na expressão de Cassia “*a áurea dele tá ali ajudando a gente*” [sic], não há, pois, necessidade de fala, o semblante e a presença angariam um benefício. Ainda que essa posição “conviva” com a legitimidade de que todos possuem experiências e algo a compartilhar.

Ressalta-se que a utilização de novas práticas na saúde mental convive com os sujeitos que são formados por práticas tradicionais. Cria-se um novo modelo, mas a pessoa que o integra, ainda notadamente, centra-se em resquícios do modelo anterior. Aliados a isso, padrões de uma sociedade meritocrática também encontram ressonâncias na funcionalidade das relações, de modo que as posições tradicionalmente referendadas, a saber, a hierarquia, a autoridade do saber e a neutralidade do profissional atravessam a construção das novas práticas nesse âmbito. Desse modo, os modelos de intervenção terapêutica internalizados pelo profissional e referendados pelos usuários retroalimentam-se. O profissional ocupa um contexto em que as pessoas olham para ele supondo que a “áurea” está ajudando, é preciso cuidar dos posicionamentos em resposta a essa suposição, no sentido de legitimar ou não a disposição relacional. A introdução dos profissionais nesses novos espaços, não envolve apenas dispor de uma epistemologia reformista, mas de uma atenção sobre a maneira que vão sendo introduzidas e referenciadas as posições profissionais/usuários, de modo a não reproduzir uma lógica asilar e favorecer o protagonismo dos usuários. Em contrapartida, os

profissionais, por vezes, legitimam essa “áurea”, conforme o estranhamento descrito diante da formação no HD e no GCSM. Descobre-se uma proposta tão diferente e, assim, emerge uma desorganização que demanda a integração através de tempos, espaços, posturas e novos modelos técnicos que garantam a consolidação do modelo psicossocial.

As expressões identificadas entre participantes mostram a complexidade que integra o GCSM e seu contexto generativo na saúde mental. Na compreensão dos participantes, não se trata de uma metodologia em grupo na qual estão acostumados em termos estruturais e relacionais, mas que contempla em sua potencialidade novas disposições. Tocam, com efeito, aspectos ligados às dicotomias arraigadas no fazer em saúde, como paciente versus terapeuta, individual versus grupal, senso comum versus saber científico, distância afetiva versus aproximação no cuidado, entre outras. Tais dicotomias quando afastadas, como aponta Husserl (1936/2012) tendem a nos distanciar ainda mais da complexidade do fenômeno e da possibilidade de compreendê-lo. O GCSM, a partir da vivência de seus participantes, reverbera como facilitador do questionamento ou mesmo da exposição das cisões históricas no processo de cuidado, o que paradoxalmente, é importante para aproximar e integrar a condição de pessoa em sua complexidade, favorecendo a constituição das experiências no reconhecimento dos aspectos ontológicos.

Lidar com a diversidade e com a exposição individual em espaços coletivos é algo que, por si só, caracteriza um desafio para as metodologias terapêuticas em grupos, apesar do reconhecimento do seu potencial na saúde pública (Osório, 2007; Rasera & Rocha, 2010; Yalom & Leszcz, 2006). No GCSM, esse desafio recebe um elemento a mais ao incluir em sua composição pessoas com um contexto generativo de funções historicamente distintas, bem delimitadas, já naturalizadas e que passam a integrar uma proposta em que ocupariam lugares com a mesma intenção participativa. Segundo o contato dos participantes com o grupo, essa diversidade imprimiu situações paradoxais que tocam o andamento e a

participação no processo grupal, que ressoa na dificuldade em integrar a cisão histórica promovida entre profissional e pessoa, usuário e protagonismo, senso comum e conhecimento científico. São, pois, elementos de tensão que ocupam uma faceta do GCSM, partindo da tendência compartilhada pelos participantes. Os elementos paradoxais convidam, também, à reflexão sobre os desafios para a efetivação dos preceitos reformistas de horizontalidade, autonomia, protagonismo e sociabilidade (Amarante, 1995; Basaglia 1969/2010).

Construir uma intervenção inovadora com sujeitos, em parte, aprisionados pela cultura asilar e marcados pelos modelos tradicionais, que não valorizam a experiência cotidiana como modalidade de formação humana e cuidado, pode ser entendido, em si, como um paradoxo. Assim, o grupo busca tecer uma rede de encontros humanos com sujeitos que em parte estão esfacelados e coabitam as dimensões do novo e do tradicional. Como o grupo busca superar esse paradoxo? Apegando-se à integralidade da pessoa. Ou seja, por mais que uma pessoa esteja adoecida, encontra-se nela algo valioso, estruturante e singular que o grupo busca então acolher na perspectiva de tecer a rede humana e de cuidado em saúde mental. Aqui, encontra-se a criatividade da proposta, que assume o desafio de construir potente cuidado em meio a precariedade. Tal complexidade, mostrou a necessidade de agregar esforços complementares na busca de enfrentar as dificuldades de compreensão e participação no programa. Desta forma, o ensejo fundamental consiste em uma continuada revisão do método, buscando seu aprimoramento e sua fundamentação. Além disso, a criação de espaços complementares de discussão entre os profissionais em formação, as “Oficinas de Experiências” para os participantes no contexto hospitalar, bem como a educação continuada dos coordenadores, são iniciativas que buscam ampliar a rede de orientações e apoio na direção dos objetivos e fundamentos do grupo que hoje consolida-se como um Programa integrando ações de pesquisa, ensino e extensão à comunidade.

## Considerações Finais

Os dilemas e dificuldades compartilhados entre participantes forjam um todo maior do GCSM e o integram na diversidade. Tocam, com efeito, aspectos ligados aos sentidos historicamente tidos como dicotômicos e, notoriamente, engendrados nessa metodologia de trabalho. Segundo as experiências dos participantes no grupo, a diversidade almejada incutiu vivências paradoxais, ou seja, confrontam elementos históricos supostamente dicotômicos, em convivência temporal e espacial no trabalho grupal.

A compreensão, por vezes, reducionista e dicotômica do processo de cuidado em saúde, expressa concepções e ações que são reforçadas na relação cotidiana, social e no interior das próprias instituições de ensino e saúde, visto que o processo de transformação humana se opera por meio de encontros, e não apenas por decretos. Uma instituição de saúde mental não se transforma, unicamente, pela mudança na legislação.

Desta forma, qualquer ação que possua uma perspectiva transformadora encontra resistências e torna-se motivo de conflitos tanto em nível subjetivo, como no campo relacional. Tanto mais profunda e inovadora, tanto maior tendem a ser os focos de dificuldades enfrentados e a exigência de uma capacidade de resistência e criatividade, que pode emergir da reflexão sistemática e aprofundada do processo.

Assim, o desenvolvimento do GCSM coloca, em evidência, pares contraditórios que se expressam como desconforto, conflito e dificuldade de compreensão e adesão a proposta. A descrição e compreensão destes aspectos favorecem que se tornem oportunidade de desenvolvimento e aprendizado, na medida em que possam ser integrados ao processo de cuidado. Pares que se destacam na análise:

a) Modelo de atenção psicossocial versus Modelo de atenção asilar, b) Recursos de intervenção baseados na interpretação e apoio versus intervenção a partir da própria experiência de vida com a cultura, comunidade e com o cotidiano, c) Pessoa adoecida

versus pessoa criativa diante do cotidiano, d) Horizonte de sintomas como foco de cuidado versus horizonte educativo e relacional, e) Participação grupal a partir do sintoma versus participação grupal a partir da experiência cotidiana, f) Usuário/Profissional versus pessoa humana, g) Doença/Fragilidade/Sufrimento como déficit versus como parte da experiência cotidiana.

Tem-se, desse modo, a identificação de elementos de tensão que ocupam um mesmo fenômeno, um mesmo contexto, paradoxalmente, mas que traduzem, por sua vez, potencialidades no processo de cuidar, no qual profissionais, historicamente, foram encarregados do fardo sobre-humano de ter que acessar todas as respostas, ao passo que o usuário e o seu familiar foram reiterados no lugar de silenciamento e de passividade.

Não se trata, pois, de reificar a proposta do GCSM como uma alternativa liberta de questões, ao contrário, o contexto generativo, conforme aponta Husserl (1936/2012), atravessa a historicidade de todos e nos permite associar que o imperativo de expectativas tradicionais do modelo biomédico e dos “lugares” ocupados na saúde, reverbera na criatividade e na inclusão de elementos pessoais nos trabalhos. O grupo como espaço de paradoxos, ressoa essa tendência comum e indica as dificuldades em se apropriar de uma dimensão diferente da habitual, encerrando alguns desafios como reconhecer no profissional a pessoa/humanidade e no usuário/familiar a potência criativa.

Essas tensões convidam à análise sobre como os preceitos reformistas de autonomia, protagonismo, e do próprio modelo psicossocial estão se propagando e sendo compreendidos. Delimitar esses aspectos, não intenciona a resolução dos diferentes enredos expressos entre os participantes, quais sejam familiares, usuários e profissionais, mas convida ao reconhecimento da totalidade do GCSM, instrumentalizando formas de expandir fins terapêuticos não ortodoxos, ao mesmo tempo, em que inspira a alteridade e encoraja “o pássaro azul” (Bukowski, 2002) a voar, quando encontra outro humano disposto a fazê-lo.

## Referências

- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/5rhqg9GH3jh jMCKjJ7BPKGK/?format=pdf&lang=pt>
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Barreira, C. R. A. & Ranieri, L. P. (2013). Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em Psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. In M. Mahfoud, & M. Massimi (Orgs.), *Edith Stein e a Psicologia: teoria e pesquisa* (pp. 449-466). Belo Horizonte, MG: Artesã Editora.
- Barreto, J. (2005). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação na qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora, MG: Editora da UFJF.
- Barroso, S. M., & Silva, M. A. (2011). Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP*, 12(1), 66-78. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>
- Basaglia, F. (2010). *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (P. Amarante, org., J. A. Melo, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Garamond. (Trabalho original publicado em 1969).
- Bukowski, C. (2002). *Last night of the earth poems*. New York: Ecco. (Trabalho original publicado em 1992).
- Camargo Jr., K. R. (1992). (Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 2(1), 203-228 . doi: 10.1590/S0103-73311992000100008
- Capra, F. (1991). *O Ponto de Mutação: a Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente* (A. Cabral, trad.). São Paulo, SP: Editora Cultrix.

- Cardoso, C. L. (2012). *Grupo Comunitário de Saúde Mental: uma análise fenomenológica* (Tese de Livre-Docência não publicada). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Cardoso, C. L., & Ishara, S. (2013). Grupo Comunitário de Saúde Mental: Uma análise fenomenológica. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceitos, delineamento metodológico e estudos* (pp. 43-91). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim.
- Foucault, M. (1979). A casa dos loucos. In M. Foucault, *A microfísica do poder* (R. Machado, org., trad., 20a ed., pp. 113-128). São Paulo, SP: Graal.
- Husserl, E (2006). *Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia pura* (M. Suzuki, trad.). Aparecida, SP: Idéias & Letras. (Trabalho original publicado em 1913).
- Husserl, E. (2012). A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: uma introdução à filosofia fenomenológica (D. F. Fereer, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1936).
- Ishara, S. (2007). *Equipes de saúde mental: avaliação de satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperada de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-07032008-135625/pt-br.php>
- Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2013). Delineamento do Grupo Comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, delineamento metodológico e estudos* (pp.19-40). Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.

- Katz, J., & Csordas, T. (2003). Phenomenological ethnography in sociology and anthropology. *Ethnography*, 4(3), 275-288.
- Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: the go-along as ethnographic tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.
- Malinowski, B. (1975). *Uma teoria científica da cultura* (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Osório, L. C. (2007). *Grupoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Pinheiro, B. C., & Cardoso, C. L. (2019). Formação profissional em uma atividade vivencial em saúde mental: Grupo Comunitário de Saúde Mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 24(3), 317-327. doi:10.22491/1678-4669.20190032
- Rasera, E. F., & Rocha, R. M.G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 35-44.
- Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. (1996, 10 de outubro). *Diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.
- Rocha, R. M. G. (2015). *Análise compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde: o Grupo Comunitário de Saúde Mental* (Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperada de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08122015-161052/pt-br.php>
- Rocha, R. M. G., & Cardoso, C. L. (2017). A experiência fenomenológica e o trabalho em grupo na saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 29, e165053. doi: 10.1590/1807-0310/2017v29i165053
- Tesser, C. D., & Luz, M. T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 195-206.



Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de Grupo: teoria e prática* (R. C. Costa, trad., 5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

## CAPÍTULO 4

### Descrição de um percurso metodológico para o estudo de práticas grupais

*Ana Paula Craveiro Prado  
Carmen Lúcia Cardoso*

#### **Introdução**

O objetivo deste capítulo é apresentar um percurso metodológico desenvolvido para investigar cientificamente práticas grupais. Este percurso, elaborado pelas autoras, no contexto de uma pesquisa realizada junto ao Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS)<sup>1</sup>, será apresentado e exemplificado.

O campo de grupos, que vêm se constituindo historicamente desde 1905, compreende uma multiplicidade de práticas grupais, que se efetivam com diferentes objetivos, voltadas a populações diversas, em uma variedade de contextos (Borek & Abraham, 2018; Vasconcelos, 2008). Em revisão bibliográfica sobre o panorama de práticas grupais efetivadas especificamente como modalidades de promoção e prevenção em saúde mental (Prado & Cardoso, 2022), as autoras deste capítulo encontraram predomínio de pesquisas que versavam sobre a avaliação da efetividade das práticas estudadas, a partir de métodos quantitativos, sobretudo experimentais. A despeito da diversidade de participantes,

---

<sup>1</sup> A referida pesquisa se intitula “O Manejo Terapêutico no Grupo Comunitário de Saúde Mental” (Prado, 2017), e teve como objetivo identificar e compreender o manejo terapêutico do Grupo Comunitário de Saúde Mental, isto é, as participações e intervenções do coordenador desse grupo. O estudo contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo nº 2015/00139-4.

objetivos, *settings* e abordagens teórico-metodológicas, há homogeneidade em termos do foco do estudo (avaliação da efetividade das práticas) e propostas metodológicas (métodos quantitativos experimentais e quase-experimentais) (Cantarella, Borella, Marigo, & De Beni, 2017; McFarlane, Burrell, Duggan, & Tandon, 2017; Zlotnick, Tzilos, Miller, Seifer, & Stout, 2016). No Brasil, Borges, Batista e Vecchia (2011), em revisão bibliográfica, identificaram carência de investigações científicas, empíricas e sistemáticas, sobre grupos, encontrando majoritariamente textos produzidos sob forma de relatos de experiências.

Rocha e Cardoso (2017) apontam para a relevância de investigações científicas sobre as práticas grupais, de modo a ampliar e aprofundar o entendimento teórico, metodológico e filosófico dessas, de suas generalidades e suas especificidades, o que pode provocar repercussões na própria efetivação prática de tais modalidades, já que ampliam as possibilidades compreensivas sobre elas. Alves (2013), por sua vez, a partir de inspiração fenomenológica, chama a atenção para a necessidade de compreensão sobre os múltiplos elementos e processos que compõem o fenômeno grupal, a partir de um horizonte investigativo mais amplo. Essas reflexões sustentam a necessidade de alargar as perspectivas metodológicas em termos de definição dos objetos de estudo – em que se passe a incluir outros elementos e o próprio processo grupal, além de sua efetividade – bem como de desenhos metodológicos, de forma a dar conta destes elementos e processos. Além disso, a ampliação de perspectivas metodológicas pode favorecer o aprofundamento do conhecimento sobre estas práticas, atingindo também registros teóricos e filosóficos destas.

Para a realização da pesquisa, as autoras identificaram a necessidade de construir um caminho metodológico adequado a seu objeto de estudo, a saber, a coordenação grupal da modalidade investigada<sup>2</sup>. Fazia-se necessária uma forma de compreender as

---

<sup>2</sup> Para mais informações sobre a pesquisa, consultar Prado & Cardoso (2020).

intervenções do coordenador de modo contextualizado ao momento da sessão grupal e às comunicações que as precederam e sucederam, de forma a não as abstrair do horizonte que as gerou, rompendo o desenvolvimento cronológico e o processo grupal de cada sessão. Isso é, mostrou-se indispensável, antes de se proceder a processos de codificação e categorização, comuns à pesquisa qualitativa, elaborar uma maneira de analisar as intervenções do coordenador, em uma perspectiva processual, inseridas e em relação ao contexto grupal que lhes deu origem.

É nesse sentido que se elaborou – e que, nesse momento, se apresenta – tal percurso metodológico e analítico, como uma contribuição que viabiliza a realização de uma investigação sistemática e científica de práticas grupais, abarcando suas nuances, processuais e contextuais, de forma combinada a operações de categorização. Ressalta-se que a aplicação do percurso metodológico a ser apresentado não se restringe a pesquisas que focam as intervenções do coordenador grupal, podendo ser utilizado na investigação sobre outros objetos de estudo no contexto de grupos.

Aponta-se, ainda, que a perspectiva epistemológica-metodológica que enquadra esse percurso é o da abordagem qualitativa em pesquisa. A partir de inspiração teórica fenomenológica, que permeia a trajetória das autoras, o método apresentado valoriza o gesto descritivo e observador acerca do fenômeno estudado, do objeto de estudo. Nesse sentido, os passos metodológicos foram configurados de modo a favorecer que o pesquisador possa dar-se conta daquilo que se passa nas sessões grupais, voltar-se a essas, antes de categorizá-las e teorizá-las, valorizando aquilo que se mostra na experiência, anteriormente àquilo que já se sabe, já se conhece ou já se teorizou. Vale destacar, contudo, que o método aqui apresentado não restringe sua aplicação a pesquisas fenomenológicas, já que o movimento de se debruçar sobre os dados com a referida atitude é comum ao próprio ato de pesquisar e de pesquisar qualitativamente.

## **As etapas que constituem a proposta metodológica**

A seguir, são apresentadas as etapas deste método, divididas em: 1. Primeiro contato com o material; 2. Análise processual – subdividida em: 2.a. Demarcação de recortes nas transcrições e seleção para inclusão na análise; 2.b. Identificação e numeração dos recortes, e 2.c. Descrição e análise dos recortes e composição de texto narrativo; 3. Análise Categorical – subdividida em: 3.a. Síntese e Elaboração de Quadro e 3.b. Definição das categorias. Depois de apresentado o método, as autoras trazem exemplos práticos, oriundos da referida pesquisa sobre a prática grupal, que ilustram sua aplicabilidade.

### **1. Primeiro contato com o material**

Em um primeiro momento, as sessões grupais são transcritas e lidas exaustivamente, com a intenção de estabelecer um primeiro contato com o material, a partir da apreensão de sentidos gerais encontrados no mesmo. Essa etapa permite a familiarização do pesquisador com o panorama geral do material a ser analisado.

### **2. Análise Processual**

Na análise processual, as sessões grupais que compõem o *corpus* são analisadas individualmente e de forma processual, isto é, seguindo a sequência em que as diferentes comunicações ocorreram em cada um dos encontros, e é subdividida em:

#### **2.a. Demarcação de recortes nas transcrições e seleção para inclusão na análise**

Operacionalmente, esse momento se inicia com a demarcação de recortes nas transcrições, que significa dividir a transcrição em seu formato “bruto” em trechos menores, que facilitem a sistematização e análise dos dados. Para que se efetive essa divisão,

faz-se necessário o estabelecimento de um critério, para que se demarque o “início” e o “término” de um recorte. Esse critério deve guardar relação com o objetivo da pesquisa e as especificidades da prática grupal em questão. Nesse sentido, o momento anterior de familiarização com o material é relevante, pois é nele que o pesquisador tem a oportunidade de identificar padrões na forma de funcionar e de se comunicar daquele grupo, apreendendo uma certa “cadência” na maneira com que se estabelecem as trocas no grupo. Sugere-se que sejam incluídos todos os recortes de sessão que sejam relevantes ao objetivo da pesquisa, de forma a dar ampla visibilidade ao fenômeno e ao processo grupal.

No caso da pesquisa que deu origem ao método, a modalidade grupal estudada se constitui como um grupo de compartilhamento de experiências vividas no cotidiano. Assim, de forma afinada ao seu objetivo e à dinâmica grupal da referida modalidade, optou-se por considerar como um recorte o relato de uma experiência por um participante, geralmente seguida por uma intervenção do coordenador, até um novo relato de experiência efetivado por outro participante, que abre o início de outro recorte, e assim, sucessivamente.

Ressalta-se a afinidade desse critério com o objetivo da pesquisa em questão, relacionado à compreensão da coordenação grupal que se efetiva na modalidade, o Grupo Comunitário de Saúde Mental, bem como com a dinâmica que se estabelece nessa prática, que se configura como um grupo de compartilhamento de experiências vividas no cotidiano. Recomenda-se, dessa forma, que o pesquisador adote um critério para realizar os recortes nas transcrições, que preserve relações com seus objetivos e objeto de estudo, evidenciando a relevância do momento de primeiros contatos com o material, bem como de possíveis estratégias que favoreçam a familiaridade do pesquisador com o grupo estudado – por exemplo, a realização de observações participantes. Não se trata, ainda, de um momento de categorização, mas sim de organização do extenso material para que se possa trabalhar com ele. Ainda, o “critério” para se estabelecer demarcações no texto da

transcrição, os recortes, não é dado por uma categoria a priori, mas pela apreensão, por parte do pesquisador, da melhor forma de estabelecer recortes de comunicações na transcrição, tendo em vista o objetivo e as formas de comunicação do grupo em questão.

## **2.b. Identificação e numeração dos recortes**

Os recortes incluídos na análise processual necessitam ser enumerados e identificados, o que favorece sua localização. Ver-se-á, adiante, que cada recorte será identificado pelo número da sessão em que ocorreu e, também, por sua posição de ocorrência ao longo da sessão grupal. Desse modo, cada sessão grupal recebe um número, que corresponde à ocorrência da sessão no tempo, ou seja, o grupo 1 será o que ocorreu primeiro e, assim, sucessivamente.

O processo de identificação será importante, também, durante a análise categorial, etapa seguinte a ser cumprida. Na análise categorial, como se verá adiante, os recortes são usados como referências para as sínteses progressivas que serão realizadas para a definição de categorias e como exemplos delas. Nesse sentido, em momentos posteriores, os recortes são destacados do contexto e do processo grupal que o originou, sendo que a enumeração e a identificação viabilizam que o leitor o identifique nas análises processuais de cada sessão do corpus.

A identificação do recorte demanda um exercício reflexivo do pesquisador em relação a seu próprio objeto de estudo. Por exemplo, no caso de um grupo estruturado com momentos definidos, a identificação pode fazer referência ao momento em que ocorreu no grupo. Caso o grupo estudado não tenha momentos previamente definidos, o pesquisador poderá, a partir da leitura flutuante das sessões estudadas, realizar subdivisões daquela de acordo com critérios estabelecidos por ele. Além disso, como mencionado anteriormente, na identificação dos recortes, é relevante constar o número da sessão em que se originou e a posição ordinal da comunicação ao longo da sessão.

No contexto da referida pesquisa, a modalidade grupal apresenta sessões únicas, com começo, meio, e fim, e estruturadas em etapas específicas, a saber: “*Sarau*”, “*Relato de Experiências*” e “*Etapa Reflexiva*”. Os recortes foram identificados de acordo com essa estrutura, da seguinte maneira: “Etapa do grupo em que ocorreu (Sarau, Relato de Experiências e Etapa Reflexiva); Número da sessão; Posição ordinal do recorte na etapa”. Assim, por exemplo, o primeiro recorte da etapa “Sarau” ocorrido na Sessão 1, foi identificado como: “Sarau 1.1” (Sarau - Sessão 1 - Primeiro recorte do sarau), respeitando a sequência cronológica da sessão estudada.

## **2.c. Descrição e análise dos recortes e composição de texto narrativo**

Na sequência, os recortes são descritos e analisados em relação às comunicações que os antecederam e sucederam, bem como em relação processo grupal como um todo. A descrição e análise de cada recorte se efetiva como a elaboração de um texto narrativo para cada uma das sessões estudadas. A apresentação dos recortes e das análises, respectivamente, segue a ordem em que esses relatos ocorreram, originalmente em cada uma das sessões grupais, sendo que a análise acontece de acordo com o desenvolvimento, o processo e a sequência cronológica das sessões estudadas.

A análise sucessiva de cada recorte visa dar visibilidade ao que esse apresenta, em uma perspectiva que valoriza a descrição, a observação atenta do que acontece na sessão e sua análise. O pesquisador busca, com isso, compreender o que se passa no processo grupal e expressar esse fenômeno em linguagem científica e psicológica.

Dessa maneira, o leitor, ao ler cada um dos textos, tem acesso a um panorama descritivo, analítico e compreensivo do fenômeno grupal. Nesse sentido, essa forma de proceder preserva o caráter “vivido” e “experencial” do processo grupal, permitindo que o leitor entre em contato com estes registros do fenômeno, antes de



proceder à categorização dos dados, que, inevitavelmente, sintetiza as nuances do vivido.

No quadro a seguir, a título de exemplificação, apresentam-se alguns trechos de um texto narrativo elaborado na pesquisa, que se refere a uma sessão grupal estudada:

Quadro 1. Trecho de texto analítico de uma sessão grupal do Grupo Comunitário de Saúde Mental.

Inicialmente, o coordenador apresenta-se e apresenta o Grupo Comunitário de Saúde Mental, comunicando aos participantes o nome e objetivo do grupo:

Coordenador: Meu nome é Antônio, e a gente faz esse trabalho nas terças feiras de manhã... chama Grupo Comunitário de Saúde Mental, e nesse trabalho...ah, a gente busca cuidar, um pouco, da construção da nossa pessoa... da construção da nossa vida. É... é muito comum que vão passando os dias da semana, e a gente vai percebendo um cansaço... é muito comum as pessoas falarem: “eu não vejo a hora de chegar o fim de semana”, “eu tô muito cansado”, alguma coisa assim... isso, claro, é normal por causa da sobrecarga de tarefas. Mas era importante, também, que... é... a gente também não só se enchesse de sobrecarga, de peso, de cansaço durante a semana, mas também se enchesse... vamos dizer assim... também se enchesse de coisas que prestam [...] Nosso trabalho é um estímulo para a gente ficar esperto, acordado, atento a como podemos nos encher de outras coisas que não sejam só o cansaço [...] ao mesmo tempo, o fato de a gente trabalhar juntos aqui, dá pra gente a oportunidade de poder também ir aproveitando aquilo que as outras pessoas...é...vão colhendo dentro do dia delas. Como um sítio, né? Pode ser que naquele mês lá, a sua plantação esteja meio fraca, mas a plantação do vizinho pode tá boa... ah... hoje em dia, a gente vive em uma sociedade que não estimula muitas trocas, cada um cuida só do seu pedaço, por isso, aqui no grupo, a gente busca fazer

o contrário... não o contrário... busca fazer diferente: que a gente cuide do nosso pedaço, mas também cuide do vizinho... e que o vizinho... que a gente possa abrir a porta para que o vizinho possa cuidar um pouco de nós também

(Sarau 1.1)

Observa-se que o coordenador utiliza as expressões *“a gente faz esse trabalho”* e *“a gente busca cuidar da construção da nossa pessoa”* ao apresentar a proposta, incluindo-se no trabalho e abrindo a possibilidade de uma construção conjunta do Grupo. Além disso, apresenta uma ideia fundamental para a compreensão da atividade: a construção da pessoa, da vida e da saúde mental demandam um trabalho de cuidado, que pode ser realizado conjuntamente.

O coordenador apresenta a sobrecarga e o acúmulo de tarefas no cotidiano como bastante comuns e inclui-se nesse panorama. Entretanto, na sequência traz a possibilidade de *“se encher de coisas que prestam”*, apresentando a atitude que o Grupo busca estimular: *“ficar esperto, acordado, atento”* como um recurso nesse sentido. Reforça, também, a dimensão comunitária do trabalho grupal, de aproveitamento da contribuição dos participantes, destacando o valor de se poder realizar essa tarefa na companhia de outras pessoas. Utiliza uma metáfora para apresentar essa perspectiva comunitária, trazendo a possibilidade de ajuda mútua e de corresponsabilidade, posturas estimuladas pelo Grupo entre os seus membros. Ele destaca a comunidade como uma alternativa a uma *“plantação meio fraca”*, em uma relação de troca entre indivíduo e meio comunitário. O coordenador traz duas perspectivas dessa troca: a de cuidar do *“nosso pedaço”* e do *“vizinho”*, e de poder *“abrir a porta para que o vizinho possa cuidar um pouco de nós também”*. Nesse sentido, destaca uma atitude de cuidado ativo para com o outro, e, também, de abertura para ser cuidado. Importante ressaltar que o coordenador se dirige a todos os participantes, ou seja, usuários de serviços de saúde mental, seus familiares, profissionais, estudantes e comunidade

em geral, invertendo uma lógica tradicional de verticalização e hierarquização do saber e do potencial de ajuda.

[...]

Uma das participantes, Cileia, contou ao Grupo sobre a reação da paciente de um hospital frente a sua visita, como voluntária da instituição:

Cileia: Bom, ontem eu estava lá no ambulatório, fazendo minhas visitas de ambulatório. E chegando lá no ambulatório, tinha uma paciente [...] eu reencontrei com ela, e quando eu cheguei perto dela, eu notei que amputou a perna e fiquei quietinha...você não vai chegar “nossa...você amputou a perna? Que que aconteceu?” né? Tô vendo que amputou, não vou perguntar que que aconteceu! Aí cheguei perto dela e falei assim [...] ela levantou “você!!!”, aí eu falei “Você!!!” [...] Eu falei assim “agora você tá bem, [...] daqui a pouco você vai tá aqui andando de um jeito novo [...]”. O olho dela, sabe quando o senhor sente que o que o senhor falou fez bem? [dirige-se ao coordenador]. O olho dela ficou com um brilho muito maior do que se eu chegasse e “ai nossa” falasse o contrário. Aquilo para ela, fez bem. Só que para mim também fez bem de ver que ela se sentiu bem [...]

Coordenador: só um rápido comentário... quem é a Cileia? Eu acho que a Cileia é para nós, entre outras coisas, é essa pessoa que nos ajuda entender que é possível olhar os outros... o outro nos olhos [...]

#### **(Relatos de Experiências 1.1)**

Em sua contribuição, Cileia disse que encontrara uma paciente conhecida, em uma de suas visitas, e que ao conversar com ela, prestou atenção ao seu olhar: “O olho dela, sabe quando o senhor sente que o que o senhor falou fez bem?” A participante relatou ao Grupo a elaboração que fez de sua vivência: “Só que para mim também fez bem de ver que ela se sentiu bem”. Em sua intervenção, o coordenador pareceu optar por enfatizar o gesto da participante, chamando a atenção para a contribuição desse gesto para o GCSM como um todo, colocando-a em um lugar de potência, de

alguém que ofereceu algo valioso ao Grupo. Mais uma vez, o coordenador pareceu colocar-se enquanto pessoa, que também aprendeu com a contribuição.

[...]

Silvia, em outro momento posterior, relatou perceber algumas mudanças em seu filho, em relação às amizades dele. Sua comunicação foi seguida por intervenção do coordenador:

Silvia: É muito interessante como ele fica buscando conhecer as coisas. Parece que ele está reaprendendo a viver... é muito interessante isso [...]. Agora ele resolveu comprar um patinete motorizado [...] e aí que começou a agregar um monte de meninos na porta de casa [...] e ele acabou fazendo amizades [...]. O amigo dele, o João, como ele trabalha na bicicletaria, ele entende de reparo, de ajuste, de não sei o que... e como o patinete é velho, toda hora ele fura o pneu [...] e o João senta lá e passa a tarde de sábado tentando ajudar a consertar [...] e ele [o filho] está encantado com essa coisa da disponibilidade desse menino, e isso me deixou muito feliz. Ele tá começando a ver que essa troca é uma coisa muito importante para aproximar as pessoas, porque ele estava fechado, desde que ele começou o tratamento dele, ele se fechou [...]

Coordenador: Brigado Silvia... Eu queria só chamar a atenção para um pequeno aspecto dentro disso que a Silvia estava falando né [...]. Porque... Ah! Essa capacidade de ir acompanhando a experiência do outro... quer dizer né... ela está contando dentre outras coisas como ela está podendo acompanhar a experiência do crescimento do filho [...].

**(Relatos de Experiências 1.4)**

Nesse trecho, o coordenador chama a atenção para um aspecto da fala de Silvia, dentre outros possíveis. Apreende a “*capacidade de ir acompanhando a experiência do outro*”, como a contribuição que Silvia oferece ao Grupo como um todo. Tal capacidade é essencial para a existência desse Grupo, considerando que os participantes escutam atenta e abertamente uns aos outros,

acompanhando a experiência que se faz a partir dos acontecimentos cotidianos. O *“acompanhar a experiência do outro”* parece demandar a percepção de elementos mais sutis da relação, uma habilidade de ver para além do *“óbvio”*, ressaltada pelo coordenador como um posicionamento necessário no âmbito do cuidado.

Pode-se notar, nesses trechos de um texto narrativo de uma sessão grupal, como foi definido um recorte literal da sessão e como se dá a análise nesse momento, destacando-se seu caráter descritivo, analítico e de acompanhamento do processo grupal. Assim, a partir do recorte literal, o pesquisador busca apreender, explicitar e descrever – em linguagem científica e psicológica – aquilo que se mostra no recorte, sobretudo os elementos que interessam ao objetivo do estudo. Trata-se de uma descrição que se inicia *“microscopicamente”* nas comunicações dos atores grupais. A análise caminha para uma ampliação à medida que o texto analítico completo de cada sessão revela o processo grupal que se dá em uma sessão e, por fim, no conjunto de sessões, permitindo uma visão *“macroscópica”* do fenômeno grupal.

Apesar de, nesse exemplo, tratarem-se de poucos trechos, é possível compreender a riqueza dessa análise que respeita a sequência do que ocorreu na sessão, permitindo uma apreensão do processo grupal, em seus detalhes, minúcias e especificidades, que se dão em cada sessão. Além disso, permite que o leitor também entre em contato com o fenômeno grupal de maneira experiencial, por meio dos recortes literais, e, também, por via do olhar do pesquisador, que apreende e descreve com a sua linguagem científica e psicológica o que se mostra nas sessões. A seguir, será apresentado o momento seguinte, a análise categorial, em que serão observadas as operações de síntese que são possíveis a partir desse texto narrativo; para tal, nos exemplos, serão utilizados os mesmos recortes apresentados, de forma que seja possível acompanhar os movimentos de síntese que são operados no método.

### 3. Análise Categorical

#### 3.a. Síntese e Elaboração de Quadro

Esse momento tem como finalidade encaminhar a análise para uma síntese do extenso material das sessões grupais analisadas. A partir dos textos elaborados, o pesquisador realiza operações progressivas e sucessivas de síntese das análises a que chegou no momento anterior. Para auxiliá-lo, à medida que se engaja nessas operações, o pesquisador constrói um quadro para cada sessão que analisou anteriormente. Os quadros, quando finalizados, organizam e sistematizam o material, apresentado de modo narrativo no momento anterior.

Cada quadro é composto por três colunas que apresentam, em sequência, as *sínteses descritivas* realizadas pelo pesquisador. A primeira coluna faz referência ao recorte “bruto”, utilizando a identificação desse. A segunda coluna apresenta uma síntese da análise que se fez sobre aquele recorte na análise processual. A terceira, por sua vez, comporta uma síntese ainda mais ampla, que sinaliza a elaboração de categorias. Dessa forma, não se trata de análises diversas, mas de passos graduais que *reduzem* o material a seus traços mais determinantes. Vale ressaltar, também, que a ênfase desse proceder de síntese recai sobre o foco da pesquisa, a ser determinado por seu objetivo.

#### 3.b. Definição das categorias

A partir da etapa anterior, em que se elabora um quadro para cada sessão analisada, o pesquisador pode identificar traços estruturantes do fenômeno investigado, a partir do que é vivido empiricamente nas sessões grupais. Mais especificamente, no quadro, espera-se que a terceira coluna aponte características que se mostram consistente e repetidamente no material empírico.

Partindo disso, o pesquisador procede a uma reorganização desses elementos a fim de configurar categorias que portem traços

característicos do objeto de estudo. Estes traços são apresentados e descritos, em linguagem mais abrangente e menos específica do que aquela utilizada na elaboração dos textos narrativos. Além disso, suas análises, nesse momento, não versam o aqui-agora processual da sessão, mas a descrição – possibilitada a partir da análise das sessões – de traços característicos de seu objeto de estudo. Nesse momento, interessa ao pesquisador atingir certa generalidade, e não mais restringir-se às especificidades e nuances de cada sessão.

A *generalidade* atingida nessa etapa permite que o pesquisador se distancie da facticidade do material empírico das sessões e daquela prática grupal específica para poder dialogar com a literatura científica do campo. Não se trata de abandonar as nuances e especificidades de cada sessão e de cada modalidade grupal, mas compreender que estas foram sistematicamente abrangidas no percurso de análise e, portanto, contidas nos resultados gerais atingidos pela pesquisa.

Na sequência, esses passos metodológicos de síntese são ilustrados no contexto da pesquisa sobre a coordenação grupal efetivada no Grupo Comunitário de Saúde Mental, valendo-se dos recortes que foram apresentados anteriormente no Quadro 1:

Quadro 2. Quadro de síntese dos textos

RECORTE	SÍNTESE DAS INTERVEÇÕES DO COORDENADOR	APROXIMAÇÕES DAS CATEGORIAS
<b>Introdução GCSM 1.1</b>	O coordenador inicia a sessão apresentando o grupo e sua proposta, destacando a possibilidade de construção conjunta do GCSM, e deste como	Enquadre da sessão  Inclui-se no trabalho grupal, em primeira pessoa.

	<p>recurso de cuidado à saúde mental.</p> <p>O coordenador apresenta atitudes necessárias ao trabalho do GCSM, como atenção ao cotidiano, articuladas a uma perspectiva comunitária de ajuda mútua.</p>	<p>Explicitação de recursos que favorecem a compreensão da tarefa e do enquadre e o engajamento na sessão.</p>
<p><b>Relatos de Experiências 1.1</b></p>	<p>O coordenador valoriza o gesto "<i>olhar no olho do outro</i>", como forma de sensibilidade e de atenção para o outro. Aponta a sensibilidade como recurso para o próprio trabalho no GCSM.</p>	<p>Valorização do gesto do participante</p> <p>Explicitação de recursos que favorecem a compreensão da tarefa e do enquadre e o engajamento na sessão.</p>
<p><b>Relatos de Experiências 1.4</b></p>	<p>O coordenador agradece a contribuição. Valoriza o gesto de "<i>ir acompanhando a experiência do outro</i>", como fundamental para o acontecimento do próprio GCSM.</p>	<p>Agradecimento;</p> <p>Valorização do gesto do participante;</p> <p>Explicitação de recursos que favorecem a compreensão da tarefa e do</p>



		enquadre e o engajamento na sessão.
--	--	-------------------------------------

Para que se exemplifique a aplicabilidade da elaboração desse quadro, o processo reflexivo que foi realizado a partir deste será descrito brevemente. No caso da pesquisa em questão, foram compostas as seguintes categorias: a) O enquadre no Grupo Comunitário de Saúde Mental - subdividido em a.1) O enquadre da sessão grupal e a.2) O enquadre como contorno da proposta do GCSM, b) O olhar para o gesto humano nas contribuições, e c) O coordenador como participante.

A categoria relativa ao enquadre compreende as intervenções em que o coordenador busca cuidar da organização, da estrutura e do funcionamento das sessões grupais, assegurando um espaço terapêutico em que o trabalho possa se desenvolver, conforme pode ser visto no recorte “Introdução GCSM 1.1”, em que ele marca o início do trabalho grupal. Além disso, o tópico “Explicitação de recursos que favorecem a compreensão da tarefa e do enquadre e o engajamento na sessão”, identificado sistematicamente no quadro elaborado, foi reorganizado e constituiu a subcategoria “O enquadre como contorno da proposta”. Essa subcategoria abrange as intervenções do coordenador, em que ele busca facilitar a compreensão dos participantes sobre a proposta do grupo e sobre formas de interagir significativamente com a atividade, como por exemplo, quando ele explicita o tipo de troca que se dá entre os participantes, a possibilidade de ajuda mútua, de ter sensibilidade em relação ao relato do outro, entre outros.

A categoria que compreende o olhar para o gesto humano apresenta uma característica estrutural das intervenções do coordenador diante dos relatos dos participantes, que pôde ser identificada repetidamente por via dos quadros. O coordenador não compreende os relatos dos participantes de modo restrito ao conteúdo discursivo apresentado, mas a partir de um olhar para o gesto daquele participante, revelado por meio do seu relato, por

exemplo, em sua intervenção diante da comunicação de Silvia, em que ele explicita o acompanhamento que Silvia fez das experiências do filho. Por fim, a categoria “O coordenador como participante” abarca a participação pessoal dele, revelando seus posicionamentos pessoais diante da tarefa e do grupo, como alguém que, colocando-se em primeira pessoa, contribui ativamente e a partir das próprias experiências do cotidiano para o trabalho grupal, como no recorte Introdução 1.1.

Nota-se, dessa maneira, como a elaboração de sínteses progressivas do material, com o auxílio da configuração de um quadro que favoreça a organização e sistematização do material, dá suporte para a definição de categorias que traduzam traços estruturantes do objeto de estudo. Na sequência da pesquisa, essas categorias foram apresentadas e exemplificadas por recortes específicos que dão visibilidade para o traço estruturante em questão. Conforme mencionado, nesse momento, o recorte ilustra o que a categoria apresenta de modo mais amplo e geral, sendo que a análise não se restringe mais àquele. Além disso, a partir das categorias, teceu-se a discussão do trabalho com a literatura.

Vale ressaltar que esse percurso metodológico favorece a constituição de categorias a partir da análise do processo grupal, em que as categorias emergem do mesmo, por via de operações sucessivas de síntese. Evita-se, desta maneira, uma abstração precoce de recortes específicos do processo grupal. Por exemplo, no caso da pesquisa em questão, o método viabilizou que as intervenções do coordenador fossem analisadas de forma contextualizada à sessão e ao processo grupal, mas sem dispensar a possibilidade de generalização dos dados, identificando traços estruturantes da coordenação deste grupo.

### **Considerações Finais**

O presente capítulo teve como objetivo apresentar uma possibilidade metodológica para a investigação científica de práticas grupais. O percurso metodológico apresentado e

exemplificado foi elaborado originalmente para o desenvolvimento de uma pesquisa que buscava compreender o papel do coordenador em uma modalidade grupal de promoção de saúde mental. A partir das necessidades que emergiram em contato com o material, as autoras delinearum um caminho metodológico que buscou abranger a complexidade e o caráter processual das sessões e das intervenções do coordenador, e que se mostrou relevante para o desenvolvimento de outras pesquisas no campo. Buscou-se, dessa forma, evitar abstrair estas características precocemente, a partir de uma possível categorização imediata do material.

Assim, o percurso metodológico foi dividido em dois momentos sucessivos, um processual e outro categorial. O momento processual permitiu que o pesquisador e o leitor entrassem em contato com a dimensão vivida das sessões grupais, a partir de uma descrição textual do processo grupal, acompanhada de recortes literais. Esse momento permitiu abraçar as nuances e as especificidades de cada sessão – que tendem a perder destaque no processo de categorização, em que se privilegia traços comuns e gerais do objeto de estudo. O momento categorial, por sua vez, viabilizou uma síntese e uma redução consistentes do material, em que se identificaram categorias que caracterizaram o objeto de estudo, sistematizando um extenso material bruto. É essa redução que favorece a posterior discussão com a literatura teórica e científica. O capítulo descreveu detalhadamente, e a partir de exemplificações, as estratégias operacionais que compõem estes dois momentos.

Compreende-se que o percurso aqui descrito pode favorecer o desenvolvimento de outras pesquisas de processos grupais em geral, a partir de sua replicação – com os devidos ajustes ao objeto de estudo de cada trabalho – ou inspirar a composição de outros caminhos de pesquisa. A originalidade do método consiste na possibilidade de compreender as sessões grupais processualmente, em que o processo grupal e a trama comunicativa que se estabelece em cada sessão são sistematicamente incluídas na categorização do material. Dessa forma, espera-se que o capítulo contribua com o

campo de pesquisas em práticas grupais, complementando e diversificando os métodos já existentes, que conforme explicitado, privilegiam, sobretudo, os resultados obtidos por determinado grupo em termos quantitativos.

## Referências

- Alves, P. E. R. (2013). O método fenomenológico na condução de grupos terapêuticos. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 150-165. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a09.pdf>
- Borek, A. J., & Abraham, C. (2018). How do small groups promote behaviour change? An integrative conceptual review of explanatory mechanisms. *Applied psychology: Health and well-being*, 10(1), 30-61. Recuperado de <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aphw.12120>
- Borges, V. V., Batista, H. O., & Vecchia, M. D. (2011). Os grupos na produção de conhecimento na psicologia: uma revisão da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 23 (2), 379-390. doi: 10.1590/S0102-71822011000200019
- Cantarella, A., Borella, E., Marigo, C., & De Beni, R. (2017). Benefits of well-being training in healthy older adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(3), 261-284. doi: 10.1111/aphw.12091
- McFarlane, E., Burrell, L., Duggan, A., & Tandon, D. (2017). Outcomes of a randomized trial of a cognitive behavioral enhancement to address maternal distress in home visited mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 475-484. doi: 10.1007/s10995-016-2125-7
- Prado, A. P. C. (2017). *O manejo terapêutico no Grupo Comunitário de Saúde Mental* (Monografia de conclusão de curso não publicada).

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto,  
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

- Prado, A. P. & Cardoso, C. L. (2022). Práticas grupais de promoção e prevenção em saúde mental: revisão da literatura. *Psicologia Argumento*, 40, 110. 2295-2313. doi: 10.7213/psicolargum.40.110.AO13
- Prado, A. P. & Cardoso, C. L. (2020). Coordenação grupal em uma modalidade de cuidado: Grupo Comunitário de Saúde Mental. *Psicologia em Estudo*, 25, e42129. doi: 10.4025/psicoestud.v25i0.42129.
- Rocha, R. M. G., & Cardoso, C. L. (2017). A experiência fenomenológica e o trabalho em grupo na saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 29, e165053. doi: 10.1590/1807-0310/2017v29i165053
- Vasconcelos, E. M. (2008). *Abordagens Psicossociais* (Volume I - História, Teoria e Trabalho no Campo). São Paulo: Hucitec.
- Zlotnick, C., Tzilos, G., Miller, I., Seifer, R., & Stout, R. (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *Journal of Affective Disorders*, 189, 263-268. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.059

## CAPÍTULO 5

### Os direitos humanos em interface com a saúde mental<sup>1</sup>

*Marília Hormanez*

*Manuel Desviat*

*Ana María Marcos del Cano*

*Carmen Lúcia Cardoso*

A proteção aos direitos humanos representa um marco para a história da humanidade, com conquistas jurídicas que traduzem a busca pela liberdade, pela igualdade, pela garantia das necessidades básicas de todos e pelo respeito à dignidade de cada indivíduo (Brito & Ventura, 2012). A temática dos direitos humanos, no âmbito do cuidado à saúde mental, é de particular importância, dado que as pessoas em sofrimento mental, grave e persistente, constituem um grupo vulnerável em relação ao exercício destes direitos. No entanto, verifica-se, em nível mundial, a escassez de debates e estudos relacionados a essa temática (Organização das Nações Unidas [ONU], 2020).

Este trabalho tem o objetivo de realizar uma discussão sobre os direitos humanos em sua interface com o campo da saúde mental a partir de uma revisão histórica e da exposição de desafios atuais com foco, especialmente, no contexto brasileiro.

#### **1. Breve introdução histórica sobre os Direitos Humanos**

O processo de consolidação dos direitos humanos prolonga-se no tempo e tem a influência de uma multiplicidade de fatores,

---

<sup>1</sup> Este trabalho é fruto da pesquisa de mestrado “A Etapa Reflexiva: uma análise sobre o momento final do Grupo Comunitário de Saúde Mental” (Hormanez, 2021), realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Processo nº 2018/02646-9 e Processo nº 2019/19210-1.

desde as suas raízes históricas na Antiguidade Clássica, até a doutrina ética cristã, que impulsionou o reconhecimento da dignidade humana por meio da ideia de igualdade de todos os homens, feitos à imagem e semelhança de Deus (Castro Cid, 1982). No entanto, para Castro Cid (1982), a história dos direitos humanos tem o seu “início real” com as declarações do século XVIII, documentos que passaram a reconhecer a existência de direitos que corresponderiam a todos os seres humanos.

Dentre esses, destaca-se a Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia de 1776, considerada a primeira declaração dos direitos humanos (Castro Cid, 1982). O documento afirmava “que todos os homens são criados iguais, que são dotados pelo seu Criador de certos direitos inalienáveis; que entre estes estão a vida, a liberdade e a busca da felicidade” (Ishay, 2013, p. 227). Elaborada no contexto da luta pela independência dos Estados Unidos, a declaração “produziu um efeito eletrizante em todo o mundo” (Ishay, 2013, p. 27), inspirando outros atos de liberdade e servindo como modelo para a Declaração do Homem e do Cidadão de 1789.

Conhecida como Declaração Francesa, esse documento foi fruto do movimento revolucionário francês, responsável por acabar com uma das monarquias mais poderosas da Europa, marcando o fim do Antigo Regime e do Absolutismo, o começo dos Estados Liberais e de uma nova forma de conceber a organização social. A Declaração trouxe a formulação expressa dos direitos dos indivíduos em sua dupla qualidade de homens e cidadãos e foi decisiva para a política social e para a história dos direitos humanos, chegando a ser o protótipo das Declarações de Direitos Humanos no mundo todo (Castro Cid, 1982; Miguel Beriain, 2017).

As declarações da Virgínia e da França marcam um período considerado por muitos estudiosos como a primeira fase dos direitos humanos, que teria como características: a defesa dos valores liberais; a influência do pensamento iluminista, especialmente das proposições de Thomas Hobbes, Jean-Jacques Rousseau, John Locke e Immanuel Kant; o alcance nacional dos documentos; e a presença da doutrina tradicional do Direito

Natural, que compreende os direitos humanos como inatos, ou seja, atributos que competem ao homem pelo mero fato de sê-lo (Castro Cid, 1982; Ishay, 2013).

Essa primeira geração dos direitos humanos abarcou os *direitos individuais, civis e políticos*, relacionados aos direitos à vida, à liberdade, à participação política e à propriedade privada. Direitos que sustentaram o nascente Estado Liberal, organização em que predominava os valores de liberdade e singularidade individuais (Brito & Ventura, 2012; Miguel Beriain, 2017). A segunda geração dos direitos humanos, por sua vez, surgiu em finais do século XVIII e princípios do XIX, no contexto da Revolução Industrial, com a aparição de uma nova classe social, o proletariado. As condições precárias de vida dos trabalhadores, com a exploração de longas jornadas laborais, o emprego de mão de obra infantil, a ausência de seguridade social, de assistência médica e de um sistema de educação fomentaram a luta de classes e o surgimento de novas ideologias como o socialismo, o anarquismo e o marxismo (Miguel Beriain, 2017).

Conhecida como corrente socialista dos direitos humanos, essa nova geração de pensadores criticava o direito à propriedade privada, defendida pela corrente liberal, sob o argumento de que tal direito teria beneficiado apenas os mais ricos, impedindo a igualdade política inicialmente defendida e reivindicava novos direitos relacionados às necessidades materiais do ser humano, consolidando, assim, os *direitos econômicos, sociais e culturais* (Ishay, 2013; Miguel Beriain, 2017)

Enquanto os direitos civis e políticos, da primeira geração, exigiam a não violação das liberdades individuais, a corrente socialista exigiu a conduta ativa do Estado para garantir a satisfação das necessidades básicas de cada indivíduo, defendendo o direito à educação, à saúde, à emancipação das mulheres, à proibição do trabalho infantil e ao voto universal. Tal reivindicação provocou a passagem do Estado Liberal para o Estado Social e Democrático de Direito, centrado em assegurar as condições



mínimas de vida aos seus cidadãos (Ishay, 2013; Miguel Beriain, 2017).

No século XX, os direitos humanos entraram em uma nova fase, caracterizada por sua expansão por meio de declarações de alcance supranacional. Tais declarações vincularam os direitos econômicos, sociais e culturais, implicando a prestação de assistência por parte do Estado e incluíram, pela primeira vez, os direitos dos povos, que apareceram em consequência do movimento descolonizador e do grande desenvolvimento da proteção dos grupos minoritários. Esse novo período foi marcado, também, pela internacionalização da vida política, com a implantação da Organização das Nações Unidas (ONU) e de outros órgãos internacionais, tal como o Comitê de Direitos Humanos da ONU, instância de controle jurisdicional das relações internacionais (Castro Cid, 1982).

O processo de internacionalização dos direitos humanos, no entanto, foi consolidado com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que se tornou o documento mais traduzido do mundo, presente em mais de 360 idiomas (Castro Cid, 1982; Palacios & Iglesias, 2017). A Declaração Universal foi promulgada “após os horrores da Segunda Guerra Mundial” (Castro Cid, 1982, p. 37) e, inspirada na Declaração Francesa, reconheceu em seu Preâmbulo que “o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade” (Ishay, 2013, p. 649). Os direitos humanos reencontraram, na Declaração, o caráter de direito natural do homem, sob a afirmação e defesa da igualdade básica de todos e do valor supremo da pessoa humana, em sua dignidade. A Declaração reconhece, ainda, uma gama de exigências que tal dignidade projeta sobre o sistema de relações sociais (Castro Cid, 1982; Miguel Beriain, 2017)

Apesar do vasto alcance da Declaração Universal e de seu grande valor moral, por não se constituir como um instrumento jurídico de caráter vinculante, ou seja, não ter a capacidade de obrigar aos países signatários a segui-la, após sua promulgação,

outros documentos foram elaborados com o objetivo de dotar o conteúdo da Declaração com caráter jurídico. São eles: o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que entraram em vigor em 1976 (Miguel Beriain, 2017).

Além disso, a partir da década de 1950, especialmente no final do século XX, uma série de tratados e convenções adicionais foram elaborados pela ONU com a tentativa de considerar as diferenças culturais, ideológicas e religiosas dos distintos Estados e estimular a cooperação em contextos mais homogêneos - como ocorreu com a Convenção Europeia de Direitos Humanos (1950), a Convenção Americana de Direitos Humanos (1969) e a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (1986) e, como resposta ao fortalecimento da luta por direitos de grupos vulneráveis, incluíram novos argumentos e reivindicações à pauta dos direitos humanos, resultando nas Convenções sobre: a Discriminação Racial (1965), a Discriminação Contra a Mulher (1979), a Tortura e Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984), os Direitos das Crianças (1989), os Direitos dos Trabalhadores Migrantes e suas Famílias (1990), a Proteção contra os Desaparecimentos Forçados (2006) e os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) (Ishay, 2013; Miguel Beriain, 2017; United Nations [UN], 2021).

## **2. Os direitos humanos no campo da saúde mental**

O movimento para a defesa dos direitos humanos, a partir do final do século XX até os dias de hoje, tem voltado a sua atenção aos grupos de pessoas que são definidos por sua especial vulnerabilidade em relação a violações e maus tratos, indivíduos que se encontram em desvantagem social e que necessitam de proteção para poder viver em igualdade com o resto da sociedade (Marcos del Cano, 2020). Nesses grupos, encontram-se as pessoas em sofrimento mental grave e persistente.

A vulnerabilidade das pessoas que sofrem mentalmente é constante ao longo dos tempos, sendo que a própria história da Psiquiatria e do cuidado realizado no campo da saúde mental são marcados pela presença de abusos e ataques contra os direitos humanos, assim como por tentativas de combater tais violações.

A Psiquiatria, como especialidade médica, foi inaugurada com os trabalhos do médico francês Philippe Pinel, no contexto da Revolução Francesa e da primeira fase dos direitos humanos, no momento da propagação da Declaração Francesa. As concepções e práticas recomendadas por Pinel foram elaboradas segundo os princípios revolucionários daquele tempo, sob a influência do Iluminismo e da crença no pensamento científico (Desviat, 1997). As proposições de Pinel foram valorizadas em sua época, por devolver a dignidade aos “loucos”, uma vez que o médico buscava empreender um cuidado oposto aos maus-tratos a que estavam sujeitos nos hospitais gerais, instituições criadas pela monarquia francesa para abrigar determinados tipos de pessoas como mendigos, alcoolistas, hereges, prostitutas e os “loucos” (Desviat, 2020; Lantéri-Laura, 2000).

A partir do entendimento de que a “alienação mental” não afetava a totalidade do sujeito, havendo um “resto de razão na loucura” (Lantéri-Laura, 2000), Pinel defendia a possibilidade de conquistar a cura para os “alienados” por meio do tratamento moral. Tal tratamento, por sua vez, deveria ser realizado em lugares específicos, nomeados como “asilos” por seu discípulo Esquirol, instituições que promoveriam o isolamento dos alienados do mundo externo, com o objetivo de separá-los das paixões irritantes, a verdadeira causa de sua enfermidade, buscando, assim, ocupar o seu corpo e o espírito, distraíndo a loucura para lentamente chegar à cura (Desviat, 1997). O tratamento moral, nessa época, representou a possibilidade de oferecer um cuidado efetivo aos “loucos”, que, até então, estavam condenados ao abandono e aos maus-tratos. Como afirma Delgado (1992, p. 36): *“O asilo foi criado em nome da liberdade”*.

As concepções de Pinel e Esquirol alcançaram grande influência na sociedade francesa transformando-se no paradigma da Psiquiatria que acabava de nascer. Sob o poder desse paradigma, foi aprovado na França, em 1838, uma lei que definiu a internação dos alienados como condição obrigatória para o tratamento moral e determinou que as internações fossem realizadas exclusivamente por critério médico. A justificativa médica para o enclausuramento dessas pessoas fazia-se necessária, nesse momento, pois a França vivia um regime de legalidade que proibia a privação da liberdade sem garantias jurídicas (Colina, Desviat, & Huertas, 2020; Desviat, 2020).

A lei francesa de 1838 representou um marco para a história da saúde mental, por consolidar a institucionalização dos “enfermos mentais” e por transpor “os loucos” do domínio da justiça e da polícia para o domínio da medicina, a partir da concepção de que estando afetados por uma enfermidade, eles não deveriam ser condenados, mas cuidados como enfermos (Lantéri-Laura, 2000). Para Delgado (1992), o gesto que conferiu a inimputabilidade aos alienados foi uma das mais altas expressões de generosidade da lei penal, mas, por outro lado, consolidou o tratamento dessas pessoas por meio do “poder de sequestro”, concedido à Psiquiatria, de modo que o cuidado à saúde mental nasceu com a dimensão da tutela vinculada à cura.

Assim, as concepções da nascente Psiquiatria e os novos valores burgueses estabeleceram um processo paradoxal, ou seja, se por um lado alegava a busca por um tratamento mais digno aos alienados, por outro determinava a ausência da sua liberdade, um dos mais importantes princípios dos direitos humanos desse momento.

O aparato jurídico criado com a Lei de 1838 influenciou as legislações de muitos países, transformando-se em um paradigma para a legislação psiquiátrica até os dias atuais (Desviat, 2020). Mas, ao longo do tempo, os asilos foram afastando-se das proposições de Pinel e Esquirol. O tratamento moral, em mãos de outros autores, foi convertido de seu princípio filantrópico e individualizado, em uma

pedagogia autoritária, que defendia o temor como método de cura e tinha como foco educar e domesticar o paciente. Além disso, os asilos experimentaram um fenômeno de massificação, especialmente quando seus ideais terapêuticos cederam à finalidade de conter a crise social, convertendo-se em albergues para os pobres e em depósito de crônicos irrecuperáveis, que foram sendo condenados à clausura permanente (Colina et al., 2020).

Nesse cenário, os direitos e a dignidade das pessoas abrigadas passaram a ser ainda mais violados, o que gerou muitas denúncias e críticas aos asilos ainda no século XIX. No entanto, a internação nesses espaços seguiu sendo a principal forma de tratamento da enfermidade mental até meados do século XX, quando os movimentos de Reforma Psiquiátrica começaram a exigir a transformação da assistência ofertada a essas pessoas.

O contexto pós Segunda Guerra Mundial, como exposto, foi de grande difusão dos direitos humanos. O ambiente de reconstrução social, com a valorização da força de trabalho, o crescimento econômico, o grande desenvolvimento de movimentos cívicos e a maior sensibilidade social fomentaram a conquista de direitos (Colina et al., 2020; Vasconcelos, 2011).

No campo médico, esse foi o período de grande avanço em relação à reflexão e à promulgação de tratados sobre a ética. Em resposta à participação médica em atrocidades cometidas pelo regime nazista, como a esterilização de enfermos mentais, o genocídio e a realização de experimentos cruéis com os perseguidos pelo regime de Hitler (Desviat, 2018), em 1947, foi elaborado o Código de Nuremberg, documento que estabeleceu direitos para os participantes de investigações científicas, como o consentimento voluntário, a eliminação do sofrimento e o cálculo de riscos (Ferrero, 2012).

De forma semelhante, nas décadas de 1960 e 1970, após uma série de escândalos envolvendo experimentos com seres humanos nos Estados Unidos, como a inoculação, sem o consentimento, de células tumorais em pacientes idosos e de hepatite em crianças deficientes, além da investigação da evolução da sífilis em

pacientes em desvantagem econômica, que após serem diagnosticados com a doença foram mantidos sem tratamento (Marcos del Cano, 2012), formulou-se a Declaração de Helsinki (1964) - hoje considerada a principal regulação ética para as investigações biomédicas - e o Informe Belmont (1978), que estabeleceu como princípios para a investigação a beneficência, a justiça e a autonomia (Desviat, 2018; Ferrero, 2012).

Tais princípios passaram a guiar a experimentação com seres humanos, além de estimular a consciência da necessidade de assegurar uma boa atuação nos atendimentos em saúde, contribuindo para a transformação da prática clínica pautada no paternalismo, para a busca por uma relação mais horizontal, baseada na concepção de que cada pessoa é livre e capaz para decidir sobre a sua vida (Desviat, 2018).

Nesse contexto de difusão de direitos e da busca por interromper as violações e abusos cometidos no campo da saúde, houve o fortalecimento da luta pela transformação das práticas empreendidas nos grandes asilos, espaços em que as pessoas em sofrimento mental eram submetidas ao abandono e a tratamentos degradantes, como o uso massivo de técnicas traumáticas utilizadas, majoritariamente, sem o consentimento dos pacientes, dentre elas, a insulinoaterapia, o eletrochoque e a lobotomia (Colina et al., 2020; Desviat, 2020).

Os novos ideais, pautados na defesa dos direitos dos indivíduos, a influência do pensamento crítico da Escola de Frankfurt e os saberes advindos da psicanálise e da fenomenologia favoreceram a transformação do saber psiquiátrico e a aparição de novas formas de conceber e estruturar a saúde mental. Os movimentos reformistas realizaram, em um primeiro momento, variadas tentativas de empreender mudanças nos asilos, transformando-os em lugares mais humanizados e com fins terapêuticos, mas, a partir da constatação do fracasso ético e técnico dessas instituições, passaram a defender o fim do hospital psiquiátrico e a sua substituição por serviços desenvolvidos na comunidade (Desviat, 2020).

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica permitiram a elaboração de normativas específicas em relação aos direitos das pessoas em sofrimento mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), metade das nações do mundo aprovaram leis sobre saúde mental após a década de 1990, incentivados, inclusive, pela própria OMS, que promoveu sucessivos eventos e normativas, estimulando a promulgação de novas leis para o cuidado no campo da saúde mental (Delgado, 1992; Desviat, 2018, 2020; Vasconcelos, 2011). Uma dessas iniciativas culminou na elaboração da Declaração de Caracas, em 1990, documento firmado pelos países latino-americanos, que estabeleceu a necessidade de superar o hospital psiquiátrico, na região, e de desenvolver recursos e cuidados para a garantia ao respeito, à dignidade e aos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental (Marcos del Cano, 2012).

A ONU seguiu promovendo o direito das pessoas em sofrimento mental grave e persistente a partir da propagação de diferentes documentos, entre eles instrumentos de direitos moderados, tais como princípios para a atenção à saúde mental e manuais para a promoção de direitos humanos. Em 2006, a Organização promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, instrumento jurídico de caráter vinculante, que obriga os países que a ratificaram, a adequar suas legislações para assegurar os direitos reconhecidos no documento (Marcos del Cano, 2012; Palacios & Iglesias, 2017).

A Convenção foi fruto da luta iniciada, na década de 1970, pelas pessoas com deficiência por seu reconhecimento como sujeitos de direitos e não mais como objetos de políticas assistenciais e paternalistas. O documento é de importância para o campo da saúde mental por ter incluído entre as pessoas com deficiências aquelas com enfermidade mental grave e persistente e por promover a transformação do paradigma centrado no modelo reabilitador da deficiência, para o paradigma baseado no modelo social, o qual compreende que a causa da deficiência não está localizada no indivíduo, mas nas limitações da sociedade em assegurar as suas necessidades (Palacios & Bariffi, 2007).

O modelo social defende, portanto, que as soluções não devem estar centradas no tratamento aos sujeitos, como uma tentativa de normalizá-los, ocultando as suas diferenças, mas devem ser empreendidas modificações na sociedade, com a eliminação de barreiras que impedem a equidade (Palacios & Bariffi, 2007). Nesse sentido, Etxeberria (2012) afirma que o exercício da autonomia depende, em parte, das circunstâncias e contextos em que as pessoas estão situadas, os quais podem ser potencializadores ou dificultadores.

No campo jurídico, sob o novo paradigma, houve o abandono de leis caritativas e com o foco na proteção, para assumir o modelo de apoio para a efetivação dessas pessoas como sujeitos de direitos. A deficiência foi situada no plano dos direitos humanos, voltada a assegurar os valores de dignidade, de igualdade e de autonomia. Além disso, a Convenção afirmou como princípio geral a aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade e da diferença presente na condição humana (Palacios & Bariffi, 2007; Palacios & Iglesias, 2017). No Brasil, o documento foi ratificado em 2008 e foi incorporado à Constituição Brasileira por meio do Decreto 6.949, de 2009 (Kinoshita, Dias, & Nicácio, 2019).

### **2.1A Reforma Psiquiátrica e a instituição de direitos às pessoas em sofrimento mental no Brasil**

No Brasil, a defesa dos direitos humanos assume desafios especiais, dadas as condições de extrema desigualdade, injustiça social e violação de direitos. No entanto, em que pese esse contexto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira conquistou muitos avanços no país.

A legislação de proteção às pessoas em sofrimento mental, no Brasil, foi fruto de uma mobilização social e política intensa gerada a partir da década de 1970, momento no qual as lutas do Movimento Sanitário, dos movimentos em favor da Reforma Psiquiátrica e dos grupos civis contra a ditadura militar coexistiram e interpenetraram-se. Como consequência dessas lutas, em 1988, no contexto de retorno à democracia, foi promulgada a Constituição



Brasileira, que incorporou, como fundamentos do Estado, os valores de cidadania e dignidade da pessoa humana. A Constituição definiu, ainda, a saúde como direito de todos e dever do Estado, o que permitiu a construção de um sistema de saúde público e universal para o país, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Amarante, 2017).

No entanto, a lei específica para saúde mental tardou alguns anos para ser aprovada. Após muitos debates e disputas em torno do projeto de lei 3.657, apresentado por Paulo Delgado, em 1989, foi aprovada, em 2001, a lei 10.216, que estabeleceu a prioridade de realização dos tratamentos no âmbito comunitário e definiu os direitos das pessoas em sofrimento mental, transformando o modelo assistencial no campo da saúde mental (Delgado, 2019a). A lei representou um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana da pessoa com enfermidade mental e por reconhecê-la, pela primeira vez, como cidadã (Brito & Ventura, 2012).

Por meio da lei 10.216, e a partir de vários decretos e resoluções do Ministério da Saúde, o atendimento na área de saúde mental no país foi, amplamente, reformulado. Em 2011, com o Decreto 3.088, foi institucionalizada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para todo o território brasileiro, apresentando como principal dispositivo de cuidado os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), responsáveis pelo atendimento especializado em saúde mental, pela coordenação da rede e compreendido como os lugares estratégicos para a superação do modelo manicomial (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2020).

A partir dessa nova perspectiva de cuidado, o Brasil presenciou mudanças significativas no sentido de garantir um tratamento mais eficaz e digno aos usuários da RAPS, com a redução de internações nos hospitais psiquiátricos, a ampliação do acesso ao cuidado, a transformação no processo assistencial, a criação de serviços na comunidade e a constituição de um trabalho em rede com os diferentes níveis de atenção em saúde e os serviços intersetoriais (CFP, 2020). Saraceno, (2019) destaca que o Brasil é o único país do mundo que realizou a inversão de gastos dos

hospitais psiquiátricos para a atenção comunitária. Assim, o país estabeleceu um sistema de saúde mental substitutivo ao modelo biomédico e asilar, que é mundialmente reconhecido e valorizado (Desviat, 2018; ONU, 2020).

### **3. Desafios atuais**

Os avanços nos direitos humanos relacionados às pessoas em sofrimento mental grave e persistente e aos cuidados em saúde em geral são inegáveis. No entanto, nos dias atuais, encontramos novos e velhos desafios para garantir a dignidade destas pessoas. Destacaremos aqui alguns deles, como as dificuldades para empreender um cuidado ético nas instituições de saúde mental e os impasses relacionados ao cenário político brasileiro, com as sucessivas tentativas de promover retrocessos legais e reverter as conquistas provenientes da Reforma Psiquiátrica.

#### **3.1. Os desafios para a efetivação de um cuidado ético no campo da saúde mental**

A prática assistencial em saúde mental enfrentou mudanças relacionadas ao anseio por oferecer um cuidado mais humano e digno aos usuários dos serviços, buscando respostas à complexidade e à especificidade de cada pessoa, assim como do contexto em que vive. Em que pese esses avanços, a continuidade dos maus tratos e violações dos direitos humanos dos usuários de saúde mental é uma realidade ainda presente em todo o mundo (Saraceno, 2019).

No mais recente Relatório Especial, apresentado ao Conselho de Direitos Humanos da ONU, foi destacada a falta de ação mundial para conter as violações dos direitos humanos nos sistemas de atenção à saúde mental, o que estaria mantendo “o ciclo vicioso de discriminação, desempoderamento, coerção, exclusão social e injustiça” (ONU, 2020, p. 21). O Relator aponta, ainda, a prevalência do discurso que enfatiza a pessoa com sofrimento

mental como louco e perigoso, o que contribui para a manutenção de tratamentos obsoletos e ineficazes, que, sob a justificativa de prevenir comportamentos perigosos, seguem privando os usuários de direitos.

Dentre as dificuldades para efetivar um cuidado em saúde mental pautado nos direitos humanos está o desconhecimento dos aparatos legais, que acomete tanto os profissionais, quanto os usuários dos serviços (Brito & Ventura, 2012; Desviat, 2018) e impede que os direitos sejam integrados no plano social e cultural das sociedades e instituições, transformando as práticas micropolíticas e as relações de poder (Vasconcelos, 2011).

Além de desconhecer tais aparatos, muitos usuários de serviços de saúde mental apresentam a convicção de possuir menos direitos em relação aos outros cidadãos, ou sentem-se incapazes de exigí-los (Desviat, 2018; Ventura, Moraes, & Jorge, 2017). Como agravante dessa situação, existe a falta de ações, por parte das instituições de saúde, que visem promover a apropriação e conscientização dos usuários quanto aos seus direitos (Ventura et al., 2017). Em investigação realizada por Emerich, Campos e Passos (2014) com profissionais de saúde mental brasileiros, os autores encontraram relatos de gestores que optavam por não informar aos usuários sobre os direitos existentes, reafirmando sua ausência política e o “paternalismo proverbial” dos profissionais, que está incorporado no sistema sanitário desde o surgimento da Psiquiatria (Desviat, 2018, p. 159).

A atitude paternalista, nos serviços de saúde mental, é responsável pela presença de medidas autoritárias e coercitivas, pautadas na assimetria de poder entre os profissionais de saúde e os usuários. Para reverter essa realidade, torna-se necessário investir em relações terapêuticas que tenham como base o respeito e a confiança mútua e que considerem a dignidade e autonomia dos usuários para a tomada de decisões relativas à sua vida (ONU, 2020).

Nesse sentido, preconiza-se que os serviços de saúde mental ofereçam apoio para que os usuários possam tomar decisões livres e informadas sobre o seu tratamento (ONU, 2020), o que vem sendo

implementado em alguns sistemas de saúde por meio do uso de consentimentos informados, mecanismo que permite à pessoa decidir antecipadamente sobre o seu tratamento, estabelecendo suas vontades e preferências (Desviat, 2018; Marcos del Cano, 2012).

Além disso, existe a busca por reverter a presença de medidas coercitivas, frequentemente empregadas pelos serviços de saúde mental, como ocorre com a contenção física, que tem sido amplamente criticada por ferir o direito à liberdade do usuário e por constituir-se como um trato degradante. Com o intuito de diminuir sua adoção, as declarações sobre os direitos humanos afirmam que as contenções físicas são aceitas somente em situações que envolvam ameaças urgentes para o usuário ou para terceiros e que não podem ser resolvidas por outros meios terapêuticos. Nessa direção, foram elaborados protocolos para limitar sua aplicação e evitar complicações durante a contenção (Desviat, 2018; Marcos del Cano, 2012).

Outra prática violadora dos direitos humanos encontrada nos sistemas de saúde mental de todo mundo, mesmo entre os “mais progressistas”, é a hipermedicalização (ONU, 2020, p. 21). O atual uso excessivo de medicamentos psicotrópicos revela que o sofrimento mental tem sido considerado apenas em seu caráter médico e individual, descartando a sua vertente social, política e existencial. Revela, também, que os profissionais de saúde têm desconsiderado o fato de ainda desconhecermos a fisiopatologia dos transtornos mentais e os mecanismos específicos pelos quais esses medicamentos podem ser eficazes, além de minimizarem a gravidade dos seus efeitos colaterais, apontados em numerosos estudos (ONU, 2020).

No Brasil, o aumento do uso de psicotrópicos é uma realidade. Segundo levantamento realizado, a venda de antidepressivos e estabilizadores de humor passou de 47 milhões de comprimidos, no período de 2013 a 2014, para 71 milhões entre 2017 e 2018 (Conselho Federal de Farmácia [CFF], 2020). Além disso, Emerich et al. (2014) apontam que, nos serviços de saúde mental, o usuário acaba sendo excluído do processo de decisão sobre o uso da

medicação, que fica a cargo apenas dos profissionais de saúde. Em uma das unidades de saúde mental investigadas pelos autores, inclusive, aqueles que se negavam a tomar os medicamentos tinham o tratamento interrompido na instituição.

A realidade atual de desconhecimento sobre os direitos em saúde mental, a presença da atitude paternalista e autoritária no cotidiano das instituições de cuidado, com o estabelecimento de relações assimétricas, que desconsideram o poder de decisão e escolha dos usuários e que empregam frequentemente medidas coercitivas como a contenção física, a medicação forçada, assim como a hipermedicalização são algumas características apontadas como entraves para a consolidação de um cuidado em saúde mental que rompa com a propagação da violência e discriminação.

Tal realidade revela a necessidade de manter a constante reflexão sobre as práticas empreendidas no contexto de saúde mental e de promover ações que permitam estabelecer um cuidado ético, que esteja pautado nos direitos dos usuários e na consideração de sua dignidade e autonomia.

### **3.2. Retrocessos legais no cenário brasileiro**

No Brasil, atualmente, um grande desafio para a concretização dos direitos humanos, no campo da saúde mental, provém das sucessivas tentativas de reverter as conquistas legais já alcançadas. Para Delgado (2019b), apesar das “marchas e contramarchas” presentes em um processo complexo, a reforma da atenção em saúde mental brasileira apresentava uma linha contínua de progresso desde a década de 1980. O que começou a ser transformado, a partir de 2016, com a mudança do cenário político e o consequente aumento da privatização do Estado, o desmantelamento do projeto de Estado de Bem-Estar Social e a adoção de uma série de medidas, ocasionando um acelerado retrocesso na assistência à saúde mental.

A primeira dessas medidas foi a aprovação da Emenda Constitucional 95, que instituiu um novo regime no âmbito do

pressuposto fiscal e da seguridade social da União, estabelecendo o congelamento dos gastos primários por 20 anos, o que vem produzindo impactos para as políticas intersetoriais, como da assistencial social e da educação, e para o SUS, (Delgado, 2019b) com a perda de 22,5 bilhões de reais para a saúde em apenas três anos (Associação Brasileira de Saúde Mental [ABRASME], 2020).

Com a chegada de um governo de extrema direita, em 2019, que implementou uma política de ataque aos direitos humanos, os desafios para assegurar os direitos conquistados tonaram-se ainda maiores<sup>2</sup>. No campo da saúde mental, novos aparatos legais foram elaborados de modo arbitrário, não respeitando o *modus operandi* previsto pelas legislações decorrentes das reformas sanitária e psiquiátrica, que preconizam, nesses processos, a existência da participação social e de debates por meio dos conselhos e conferências de saúde (Cruz, Gonçalves &, Delgado, 2020; Nunes, Lima Júnior, Portugal, & Torrenté, 2019). Assim, uma série de medidas foram tomadas em um claro ataque aos preceitos provenientes da Reforma Psiquiátrica.

Por meio da Resolução 32 e da Portaria 3.588, em 2017, o Ministério da Saúde introduziu o Hospital Psiquiátrico como dispositivo das RAPS e defendeu o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas. Na apresentação dessa política, declarou que a desinstitucionalização não significaria mais o fechamento de vagas em hospitais psiquiátricos. De modo contrário ao que foi determinado com a Reforma, as disposições ministeriais retomaram

---

<sup>2</sup> O governo de Jair M. Bolsonaro, foi denunciado à *Corte Interamericana de Direitos Humanos* por enaltecer agentes de repressão da ditadura militar (Gazeta do Povo, 2020), está sendo investigado pelo *Tribunal Penal Internacional de Haia* por denúncias de graves violações contra o meio ambiente e contra os povos indígenas (Vilela, 2020) e foi denunciado no mesmo Tribunal por crime contra a humanidade devido a sua postura no combate ao avanço da Covid-19 no país (“Tribunal Penal Internacional”, 2020). Em Relatório Mundial da *Human Rights Watch* (2021) o governo foi acusado pelo aumento de mortes causadas por policiais no país, por sabotar medidas de saúde pública destinadas a conter a propagação da pandemia Covid-19 e por enfraquecer a fiscalização ambiental.

a centralidade do Hospital Psiquiátrico na rede de saúde mental (Cruz et al., 2020; Delgado, 2019b; Nunes et al., 2019).

Outra importante mudança foi realizada por meio da lei 13.840, de 2019, sobre as alterações no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Com a lei, a internação involuntária dos usuários foi prescrita como estratégia central no cuidado, as Comunidades Terapêuticas foram determinadas como os dispositivos para o tratamento dos usuários e a abstinência foi definida como o objetivo dos tratamentos, contrariando a estratégia de redução de danos como referência teórica e ética da atenção psicossocial (ABRASME, 2020; Cruz et al., 2020; Nunes et al., 2019).

A Comunidade Terapêutica foi incluída, ainda, pela Portaria 69/2020 como local para o acolhimento da população em situação de rua (ABRASME, 2020). A opção por essas instituições para o tratamento dos usuários contraria a lei 10.216, que determina que o cuidado das pessoas com enfermidade mental e dos usuários de álcool e outras drogas seja realizado, primordialmente, em serviços de base comunitária. Sabe-se, ainda, que a maioria dessas Comunidades se configura como instituições totais e está majoritariamente associada a grupos religiosos neopentecostais, que consideram o abuso de álcool e outras drogas como um problema moral, que pode ser corrigido através da religião. Os tratamentos nesses espaços são centrados no isolamento dos usuários e são alvos frequentes de denúncias de maus-tratos e violações aos direitos humanos (Cruz et al., 2020; Nunes et al., 2019).

Além disso, por meio dessas novas normas e resoluções, os recursos públicos destinados à saúde estão sendo cada vez mais retirados dos dispositivos comunitários da saúde mental e direcionados a comunidades terapêuticas privadas e hospitais psiquiátricos (CFP, 2020). Com as novas medidas, enquanto é prevista a redução de mais de 77 milhões de reais ao ano para o financiamento a RAPS (Nunes et al., 2019), houve um reajuste de mais 60% para os custos de internação em Hospitais Psiquiátricos, assim como a destinação de 87 milhões de reais para vagas em Comunidades Terapêuticas (ABRASME, 2020; Delgado, 2019b).

Para Nunes et al. (2019) tais medidas supõem a volta à mercantilização da atenção em saúde mental. Cenário que configura um enorme retrocesso para o campo da saúde mental e da cidadania, com transformações que ameaçam a proteção dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental e que tem exigido mobilizações e uma atenção constante para garantir a permanência das conquistas que são consequências de anos de construção e luta.

### **Considerações Finais**

A proteção aos direitos humanos apresenta uma longa trajetória de construção, onde os direitos foram sendo conquistados em momentos de transformações sociais sob a tentativa de reverter as atrocidades cometidas, tanto por regimes de poder absolutistas e ditatoriais, quanto pela área médica. Nesse processo, fez-se necessário construir mecanismos específicos de proteção a grupos de pessoas que apresentam maior vulnerabilidade em relação aos maus-tratos e a violações de direitos, como aquelas em sofrimento mental grave e persistente.

Reconstituir o caminho histórico da construção desses direitos permite valorizar as conquistas traçadas até o momento e criar formas de resistir ao seu desmonte, o que se torna especialmente relevante no contexto brasileiro, tendo em vista os ataques e retrocessos a que está submetido o processo da Reforma Psiquiátrica. Além disso, debater a interface entre o campo da saúde mental e os direitos humanos, possibilita reconhecer os avanços ainda necessários para a efetivação de um cuidado em saúde mental que considere a dignidade dos sujeitos.

Compreendemos que a manutenção da constante reflexão, vigilância e luta pelos direitos humanos, no campo da saúde mental, provêm do objetivo de garantir que a assistência em saúde não atue como um aparato social para a perpetuação da violência e de discriminações, mas que constitua um espaço genuíno de cuidado, o que só pode ser alcançado quando reconhecemos o



outro como um sujeito singular e concreto (Marcos del Cano, 2020) e quando podemos admitir que “*A cura, o tratamento, não pode ser a qualquer preço*” (Desviat, 2018, p. 173).

Trata-se, portanto, do resgate da dignidade humana, princípio originador dos direitos humanos e termo que remete àquele que tem valor pelo simples fato de ser quem é (Etxeberria, 2012). Considerando que retomar a dignidade no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente envolve uma reparação histórica àqueles que, tomados como pessoas sem racionalidade ou com menos capacidade, foram sistematicamente considerados menos dignos ou, até mesmo, indignos.

## Referências

- Associação Brasileira de Saúde Mental. (2020). *Memorial: Retrocessos no cuidado e tratamento de saúde mental e drogas no Brasil*. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/900.8\\_LY\\_CARTA\\_abrasme\\_A4.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/900.8_LY_CARTA_abrasme_A4.pdf)
- Amarante, P. (2017). *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados* (2a ed.) São Paulo, SP: Zagodoni.
- Brito, E. S., & Ventura, C. A. A. (2012) Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. *RDisan*, 13(2), 41-63.
- Castro Cid, B. (1982). *El Reconocimiento de los Derechos Humanos*. Madrid, España: Editorial Tecnos.
- Colina, F., Desviat, M., & Huertas, R. (2020) Derechos Humanos y sufrimiento psíquico. En A. M. Marcos del Cano (Ed.), *En tiempos de vulnerabilidad: Reflexión desde los derechos humanos* (pp. 65-86). Madrid, España: Dykinson.
- Conselho Federal de Psicologia. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público.

- Ministério Público do Trabalho (2020). *Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção nacional* (2a ed.). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Farmácia (2020, 21 de janeiro). *Saiba os perigos da ingestão de remédios psiquiátricos com álcool e outras medicações*. Brasília, DF: CFF. Recuperado de <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5617&titulo=Saiba+os+perigos+da+ingest%C3%A3o+de+rem%C3%A9dios+psiqui%C3%A1tricos+com+%C3%A1lcool+e+outras+medica%C3%A7%C3%B5es>
- Cruz, N. F. O, Gonçalves, R. W, & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1-20.
- Delgado, P. G. (1992). *As razões da tutela*. Rio de Janeiro, RJ: Te Corá.
- Delgado, P. G. (2019a). Avanços e desafios da lei nº. 10.216/2001. In S. Barros, L. E. Batista, & J. C. Santos (Orgs.), *Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.216*. Uberlândia: Navegando Publicações.
- Delgado, P. G. (2019b). Editorial: Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, educação e saúde*, 17(2), 1-4.
- Desviat, M. (1997) Prólogo: Jean-Piere Falret y la construcción de la clínica psiquiátrica. En M. Desviat (Ed.), *Clínica de las alucinaciones. Selección de textos de las obras de J.P. Falret* (pp. 9-23). Madrid, España: Ediciones DOR.
- Desviat, M. (2018). *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*. (M. D. Claudino, trad.). São Paulo, SP: Zagodoni.
- Desviat, M. (2020). *La Reforma Psiquiátrica* (2a ed.). Madrid, España: La Revolución Delirante.

- Emerich, B. F., Campos, R. O., & Passos E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface*, 18(51), 685-696.
- Etxeberria, X. (2012). La alternativa existencial ética. Cuatro categorías clave. En A. M. Marcos del Cano, & G. Topa (Eds.), *Salud Mental Comunitaria* (pp. 421-451). Madrid, España: Universidad de Educación a Distancia – UNED.
- Ferrero, A. (2012) Direitos humanos e responsabilidade ética no exercício da psicologia. In A. M. Jacó-Vilela, & L. Salto (Orgs.), *Diálogos em psicologia social* (pp. 123-134). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Governo Bolsonaro é denunciado na Corte Interamericana de Direitos Humanos. (2020). *Gazeta do Povo*. Recuperado de <https://www.gazetadopovo.com.br/republica/breves/governo-bolsonaro-denuncia-corte-interamericana-direitos-humanos/>
- Hormanez, M. (2021). *A Etapa Reflexiva: uma análise sobre o momento final do Grupo Comunitário de Saúde Mental* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-26072021-125420/pt-br.php>
- Human Rights Watch (2021). *Relatório Mundial 2021*. Recuperado de <https://www.hrw.org/pt/world-report/2021/country-chapters/377397#>
- Ishay, M. R. (2013). *Direitos Humanos: Uma antologia*. (F. D. Joly, trad.). São Paulo, SP: Edusp.
- Kinoshita, R T, Dias, J. A, & Nicácio, F. (2019) Convenção dos Direitos das pessoas com deficiências e a lei nº 10.216. In S. Barros, L. E. Batista, & J. C. Santos (Orgs.), *Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.216* (pp. 69-87). Uberlândia, MG: Navegando Publicações.

- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. (D. G. Gomes, J. Tierra, trad.) Madrid, España: Triacastela.
- Marcos del Cano, A. M. (2012). Salud mental y bioética. En A. M. Marcos del Cano, & G. Topa (Eds.), *Salud Mental Comunitaria* (pp. 13-34). Madrid, España: Universidad de Educación a Distancia – UNED.
- Marcos del Cano, A. M. (2020) La vulnerabilidad como criterio normativo para el derecho y las políticas públicas. In A. M. Marcos del Cano (Ed.) *En tiempos de vulnerabilidad: Reflexión desde los derechos humanos* (pp. 17-42). Madrid: Dykinson.
- Miguel Beriain, I. (2017). *Manual de Formación. Derechos Humanos*. Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética. Madrid: España.
- Nunes, M. O., Lima Júnior, J. M., Portugal, C. M., & Torrenté, M. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489-4498.
- Organização das Nações Unidas. (2020). *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (Relatório para Conselho de Diretos Humanos das Nações Unidas. Assembleia Geral das Nações Unidas). Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/094/48/PDF/G2009448.pdf?OpenElement>
- Palacios, A., & Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Palacios, A. & Iglesias, M. G. (2017). La convención de los derechos de las personas con discapacidad. In *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Uruguay: Psicolibros Universitario.

- Saraceno, B. (2019). Direitos Humanos e a Saúde Mental: estratégias para o avanço das políticas de saúde mental. In S. Barros, L. E. Batista, & J. C. Santos (Orgs.), *Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.2016* (pp. 11-23). Uberlândia: Navegando Publicações.
- Tribunal Penal Internacional irá analisar denúncia contra Bolsonaro. (2020, 8 de junho). *Conjur*. Recuperado de <https://www.conjur.com.br/2020-jun-08/tribunal-penal-internacional-ira-analisar-denuncia-bolsonaro>
- United Nations. Office of High Commissioner for Human Rights. (2021). *The core international human rights instruments and their monitoring bodies*. Retrieved from <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx>
- Vasconcelos, E. M. (2011). Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental, y su difusión en países de origen latino. *Átopos*, 11, 23-44.
- Ventura, C. A. A., Moraes, V. C. O., & Jorge, M. S. (2017). Direitos humanos de pessoas com transtornos mentais: perspectiva de profissionais e clientes. *Revista de enfermagem da UERJ*, 25,1-6.
- Vilela, P. R. (2020, 18 de dezembro). Tribunal Penal Internacional investiga Bolsonaro; o que isso significa? *Brasil de Fato*. Recuperado de <https://www.brasildefato.com.br/2020/12/18/tribunal-penal-internacional-investiga-bolsonaro-o-que-isso-significa>

## CAPÍTULO 6

### **A história de Regina: descortinando a experiência de adoecimento e cuidados em saúde mental**

*Mara Soares Frateschi  
Carmen Lúcia Cardoso*

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, concretizada por meio da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como base uma concepção de saúde ampliada, ou seja, atrelada à uma série de condicionantes, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda e educação. A revisão e ampliação do conceito de saúde lança as bases para o investimento em práticas mais abrangentes e integrais, o que reflete, por exemplo, na oferta de ações voltadas às comunidades, aos territórios e em intervenções intersetoriais (Lei n. 8.080, 1990; Lei n. 8.142, 1990; Rosário, Baptista, & Matta, 2020). Nesse cenário, a produção de cuidado em saúde vem se fortalecendo por meio de ações que abarcam as questões micropolíticas do trabalho, ou seja, voltadas a vertentes locais, subjetivas e relacionais, com envolvimento responsável de todas as partes implicadas com o processo do cuidar, tais como profissionais, usuários, famílias, organizadores e prestadores de serviços (Cardoso & Ishara, 2013; Merhy, 2002; Pinheiro, Ishara & Cardoso, 2019).

No campo da saúde mental, as transformações das práticas de cuidado remontam a uma série de questionamentos e fortes reivindicações pela oferta de tratamento digno às pessoas em sofrimento mental, com início na década de 1960, em países como Itália, Inglaterra e Estados Unidos (Amarante, 2017). Esse movimento, que contesta as antigas concepções e condutas sobre a “loucura”, ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica e ganhou força em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, atuando

contra a violação de direitos humanos, a mercantilização da loucura, a psiquiatrização das questões sociais e a hegemonia de uma rede privada de assistência (Ministério da Saúde, 2005; Nunes, Júnior, Portugal, & Torrenté, 2019).

As iniciativas pautadas nos preceitos da Reforma Psiquiátrica tencionam para a consolidação de práticas de cuidado no território, inserindo no âmbito da comunidade as questões relacionadas ao sofrimento mental, diferentemente da realidade associada ao modelo manicomial que previa a retirada do convívio em sociedade das pessoas que não correspondiam a um determinado padrão de comportamento (Cruz, Guerrero, Scafuto, & Vieira, 2019; Gomes, Silva, & Batista, 2018; Rocha & Salerno, 2018). Um marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a sanção da lei 10.216, em 2001, que fundamenta a superação das práticas asilares e a ampliação de estratégias sob a perspectiva da intersetorialidade. Assim, em um cenário de desenvolvimento de práticas substitutivas, a internação psiquiátrica passou a ser entendida como uma conduta estratégica para os casos em que foram esgotados os recursos extra-hospitalares, visando ao cuidado em momentos em que o usuário se encontra fragilizado e pode colocar a si e os outros em risco (Lei n. 10.216, 2001; Zanardo, Silveira, Rocha, & Rocha, 2017).

No contexto dos cuidados, observa-se, nas últimas décadas, o delineamento de novos paradigmas no campo da Psiquiatria, que se diferenciam radicalmente das perspectivas biologicistas, que associam cada ato psíquico à expressão de uma alteração neuroquímica ou neurofisiológica das estruturas cerebrais. Os novos paradigmas, marcados pela hermenêutica, não deixam de considerar o diagnóstico em sua importância fundamental, no entanto, ele adquire o valor de uma orientação clínica formal e não é tomado como absoluto e central, de forma a encerrar as experiências humanas em simplificações nosológicas (Borgna, 2011; 2019).

Dentre as diversas abordagens psiquiátricas marcadas pela hermenêutica, está a de matriz fenomenológica, que busca avançar

para além da simples análise sintomatológica e clínica, considerando sobretudo as histórias de vida das pessoas, em sua profundidade e dimensões psicológica e humana (Borgna, 2011; Jaspers, 1912/2005; Monteiro, Souza, & Moreira, 2020). Partindo dessa questão, buscando atualizar os paradigmas de atuação da Psiquiatria, Karl Jaspers (1982-1969) fundou a psicopatologia como uma área específica do conhecimento, que integra as ciências naturais e humanas, buscando deixar em relevo a experiência da pessoa em sua singularidade histórica e social (Jaspers, 1912/2005).

Nesse modelo, segundo Ferla (2011), “é necessário saber ir além do diagnóstico, que tem apenas valor de orientação clínica, para analisar e escutar a vida que grita, em silêncio, o seu desespero e sua nostalgia” (p. 17). A “loucura”, portanto, não é estranha à vida, mas uma das possibilidades humanas, que se manifesta em algumas pessoas com grande intensidade e pode, então, configurar doença, porém, é sempre experiência histórica e social, amalgamada ao percurso de vida daquele que a experimenta, composta por afetos, rostos, traições, abandonos, diálogos e encontros (Ferla, 2011).

Ressaltamos que a temática dos cuidados em saúde mental é amplamente abordada na literatura científica, em geral, enfocando aspectos neuropsicológicos, genéticos ou sociodemográficos de quadros clínicos ou, ainda, apresentação de alternativas de tratamento, principalmente medicamentosos, sob o vértice dos profissionais, gestores ou familiares, deixando uma lacuna quanto à compreensão das vivências de sofrimento e cuidado a partir do ponto de vista da própria pessoa que o vive. Nesse sentido, apontamos que estudos e iniciativas voltados à compreensão do vivido psicopatológico podem contribuir para o desenvolvimento de ações de cuidado mais conectadas com o percurso de vida das pessoas, a partir de uma via ética, na perspectiva da autonomia e da liberdade.

Este capítulo é fruto da pesquisa de doutorado intitulada “Vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental: estudo compreensivo e longitudinal a partir da alta da internação



psiquiátrica” (Frateschi, 2020) <sup>1</sup>, realizada sob orientação da professora Carmen Lúcia Cardoso, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE - 62744216.8.0000.5407), e, ao longo de toda sua realização, foram adotados os procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e à instituição de acordo com as resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Ministério da Saúde sobre “pesquisas envolvendo seres humanos” e “pesquisa em ciências humanas e sociais” (Resolução n. 466, 2012; Resolução n. 510, 2016). Todos os nomes próprios de pessoas, cidades e instituições foram substituídos por nomes fictícios ou omitidos visando preservar a identidade dos participantes.

Para este texto, objetivamos compreender a vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental, a partir da descrição e compreensão das experiências de Regina e de sua tia, Marli. Regina é uma mulher de 36 anos, natural do Paraná. Em 2017, esteve internada em um hospital psiquiátrico devido a uma situação de agudização do sofrimento mental. Nosso primeiro contato com Regina se deu no interior do hospital, ainda durante a internação, no momento em que ela recebia a visita de Marli. Nesse dia, apresentamo-nos brevemente e ambas foram convidadas a participar da pesquisa, que se daria por meio de três encontros após a alta, para realização de entrevistas. Ainda nesse contato no hospital, observamos que Regina mantinha o olhar sempre voltado para o chão, o corpo curvado para frente e aparentava ser mais velha do que sua idade. Ficou calada na maior parte do tempo e, quando se expressou, falou baixo e rápido, sendo difícil compreendê-la. Com a ajuda de Marli, entendemos que Regina pedia para telefonar para os filhos, com 16 e 7 anos de idade, que estavam morando com a avó paterna, no Paraná, desde seu adoecimento e o falecimento de seu marido. Marli contextualizou que, meses antes, Regina havia sido

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

trazida pela família para o estado de São Paulo para o tratamento em saúde mental e que vinha morando em sua casa. Por estar muito agitada, insone, apresentando falas desconexas, delírios persecutórios e irritabilidade, deu-se o encaminhamento para internação psiquiátrica.

Com o aceite para participar do estudo, posteriormente, entramos em contato para agendar as primeiras entrevistas, que aconteceram na residência de Marli, onde Regina continuou morando após a saída do hospital. Para compreender o percurso de Regina, realizamos três entrevistas abertas e individuais com cada uma, com intervalos de dois meses entre os encontros, o que nos permitiu acompanhar a família pelo período de quatro meses. O referencial teórico-metodológico adotado foi inspirado na fenomenologia clássica de Edmund Husserl (1859-1938) e Edith Stein (1891-1942), como um método de compreensão dos fenômenos a partir de um retorno às coisas mesmas, ou seja, a partir do mundo vivido e não de teorias pré-determinadas, permitindo acessar o modo como as coisas aparecem para o sujeito, em sua experiência. Nesse enquadre de pesquisa, o uso de entrevistas como instrumento se mostra um dos caminhos para o acesso às experiências vividas, na tentativa de alcançar a constituição do objeto investigado, descrevendo-o e compreendendo-o (Barreira, 2017).

As entrevistas com Regina foram bastante truncadas e repletas de longos silêncios; ela parecia compreender as perguntas, pois suas respostas eram condizentes, porém eram curtas e com pouca elaboração. Sua voz era baixa e bastante enrolada, de modo que muitas vezes foi solicitado que repetisse suas falas. Na maior parte de suas intervenções, ela conduzia a conversa para assuntos relacionados ao Paraná, indicando que sua vida afetiva permanecia lá, naquele tempo e lugar. Já as entrevistas com Marli foram mais fluidas e dinâmicas, o que nos permitiu uma maior compreensão sobre a história de Regina.

Ressaltamos que, durante os encontros, embora estivéssemos abordando as circunstâncias, memórias e sentimentos ligados ao

adoecimento e cuidados em saúde mental, também vieram à tona diversos aspectos da história de vida de Regina. Assim, o material apresentado a seguir não é apenas o relato de uma “crise psiquiátrica”, que culminou na necessidade de internação, mas a história de vida dessa participante, no âmbito individual e familiar. É importante destacar, ainda, que todo o percurso narrado é permeado pela vivência intencional e pela condição de elaboração das participantes e da pesquisadora, tendo sido necessário um trabalho de repetidas leituras, cruzamento de informações e síntese do material coletado.

Regina nasceu em 11 de setembro de 1980, em uma cidade pequena no interior do Paraná, sendo a primeira filha do casal Álvaro e Tereza, então com 60 e 30 anos, respectivamente. Na época, Tereza já havia tido outras duas filhas de um primeiro relacionamento, porém essas crianças haviam sido entregues para outras famílias. Posteriormente, Álvaro e Tereza tiveram muitos outros filhos, dos quais sobreviveram apenas Regina e duas irmãs. Marli é casada com um irmão de Tereza e, por isso, ela se considera tia de Regina, a quem conhece desde a infância.

*A mãe dela não sabia se cuidar, [...] assim, nem tomar um banho direito. Ela não sabia cozinhar, fazia umas coisas e não lavava a louça direito, sabe? [...] As crianças quando nascia, que era pequenininha, ela só sabia dar o peito. [...] Só que ela não lavava a mamadeira quando começava a dar mamadeira, ela dava leite azedo pras crianças, mamadeira mal lavada, sabe? (Marli, primeira entrevista)*

*[...] E teve mais [filhos]... aí, acho que mais de meia dúzia de filho também, que morreu tudo! Que, assim, nascia, não cuidava, morria à míngua. (Marli, primeira entrevista)*

Regina, quando tinha cerca de dois ou três anos de idade, desenvolveu um quadro de anemia severo e só sobreviveu, porque uma outra tia se encarregou dos cuidados por cerca de dois meses. Devido às condições precárias de cuidado na casa de Álvaro e

Tereza, Marli e o marido tomaram a iniciativa de assumir a criação de uma das irmãs mais novas de Regina, Cláudia.

Quando Regina tinha cerca de 10 anos, Marli mudou-se para o Estado de São Paulo com o marido e os filhos, incluindo Cláudia, e o contato entre elas diminuiu consideravelmente, limitando-se a informações trocadas por telefone com outros parentes. Desde muito nova, devido à morte do pai e à condição de saúde mental da mãe, Regina ficou sem a supervisão de adultos que a orientassem e já se viu livre para seguir seus caminhos de modo independente da família. Pelos relatos, compreendemos que, no começo de sua adolescência, Regina saiu da casa dos pais e se mudou sozinha de cidade, passando a morar com o primeiro namorado, Augusto.

*Marli: Ela foi morar com esse Augusto, ela devia ter uns 14 anos, então, porque ela morou com ele primeiro. [...] [Depois] ela foi morar com o Mário [que judiava dela], com 15 anos. [...] Mas ela disse que o Augusto também judiava dela, eu não sei... [...]. É porque é assim, ó, a mãe dela tinha problema na mente, né? Tipo, ela conheceu esse Augusto, ela namorou com esse Augusto, ela saía...*

*Cláudia: [...] No caso dela, não tinha ninguém que olhasse, que reclamasse, que falasse, que conversasse.*

*Marli: É. Não tinha ninguém assim... [...] Então, não tinha ninguém que pegava no pé dela, sabe, que falava “não faz isso”, né? (Terceira entrevista; trecho com a presença de Cláudia)*

Após esses dois primeiros relacionamentos, Regina conheceu Marcelo, com quem se casou e teve dois filhos, Mariana e Gustavo, respectivamente com 16 e 7 anos na época das entrevistas. Segundo o relato de Marli, entre o nascimento dos filhos, Regina teve uma vida organizada e de muito trabalho.

*Aí ela trabalhava... diz que ela trabalhava muito na roça! [...] E ela cuidava da casa dela também. [...] Regina tinha uma casinha lá que ela ganhou, sabe essas casinha [...] que a prefeitura dá e vai pagando um valor bem barato? Então, ela correu atrás e conseguiu a casinha. Ela trabalhava na roça, ela*

*pagava a casinha dela e ela tinha as coisas dela tudo arrumadinha. [...] [Hoje ela está muito] Diferente, né? Muito, né? [...] Aí, ela ganhava o dinheirinho dela, quando chegava, dava o dinheiro na mão dele [Marcelo], ele pegava o dinheiro e gastava o dinheirinho dela que ela ganhava, sabe? Aí ela comprava as coisas dela, tipo os moveizinhos dela, e ele pegava e vendia e gastava o dinheiro com porcariada e isso foi deixando ela meio biruta da cabeça porque ela começou a ficar muito nervosa. Tudo que ela comprava, ele vendia...[...] Ele ficava com os colega por lá, né, vendia e sumia com tudo. Aí, por fim, vendeu até a casa. [...] [Hoje, ela] Não tem nada! [...] Sabe o que é nada? Ela não tem onde ficar... não tem. (Marli, primeira entrevista)*

Além disso, repetindo o padrão dos outros relacionamentos de Regina, Marcelo também a agredia física e verbalmente.

*[Silêncio] Uma vez o meu marido foi preso. [...] Ele foi preso porque ele batia em mim. (Regina, segunda entrevista)*

*[Ele foi preso] Por judiar dela, né? Ele bateu nela. Ele bateu nela, né, muitas vezes, ele batia nela. Aí uma vez ele foi preso porque ele puxou a orelha dela assim, até rasgou a orelha dela. Acho que a própria parente dele lá que denunciou ele. (Marli, segunda entrevista)*

A primeira internação de Regina se deu neste contexto, por volta do ano de 2011, conforme narrou Marli:

*Eu acho que tudo isso colaborou pra que ela perdeu... deu esse problema na cabeça dela. [...] Eu perguntei pra minha cunhada como é que começou isso. [...] Daí ela disse que um dia a Regina começou a arrebentar tudo as coisas dentro de casa, começou a quebrar as coisas dentro de casa e saiu correndo pra rua. Aí, ela... eles chamavam e ela não obedecia, aí precisaram chamar até a força da polícia pra segurar ela. Aí, internaram ela e, daí pra cá, é onde que deu nisso daí. (Marli, primeira entrevista)*

*Em Sapucaia [cidade onde morava no Paraná], pra tomar remédio, eu fui até amarrada. [...] Amarrada em Sapucaia... É que eu fui internada em Sapucaia. (Regina, segunda entrevista)*

Marli relatou que a sobrinha teve uma melhora considerável após essa internação e conseguiu voltar bem para casa, entretanto, não voltou a trabalhar. Na época, a família estava morando em uma casa alugada, visto que Marcelo havia vendido a outra, porém, sem o salário de Regina, eles passaram a ter dificuldades para pagar o aluguel. Por isso, durante algum tempo, moraram em uma edícula nos fundos da casa da mãe de Marcelo e, depois, passaram a morar de favor em um pequeno cômodo conjugado à casa da chácara de uma tia.

*O que eu sei é que eles moravam tudo junto. Agora, como que era, eu não sei te falar nada. Até que esses coitado não tinha nem onde morar, ficava pra lá e pra cá. [...] [Quando] a Regina veio pra cá, eles tavam morando num cômodo de favor lá da casa da minha cunhada, sabe? Não tinha onde morar... tudo empilhado lá num cômodo só. (Marli, terceira entrevista)*

Nesse período, Marcelo tomou as providências para que Regina fosse aposentada e ela passou a receber um benefício no valor de um salário-mínimo. Ainda nessa época, o prefeito da cidade doou um pequeno terreno a Marcelo e Regina, e eles passaram a construir uma pequena casa de quatro cômodos, chamando-a de “barraquinho”. Apesar de todas essas circunstâncias e das recorrentes agressões do marido, Regina seguia tomando a medicação e estava cuidando suficientemente bem de si, dos filhos e da casa.

*[Silêncio]. Lá os menino ia pra creche, eu fazia caminhada. (Regina, primeira entrevista)*

Em meados de 2016, Cláudia foi ao Paraná visitar a família e entre outros parentes também encontrou Regina, que, na época, morava no cômodo anexo à casa da tia. Apesar da moradia improvisada, o local era limpo e organizado; a condição de saúde de Regina era boa, mas ela já manifestava à irmã descontentamento com as agressões do marido, clamando para vir embora com

Cláudia para o estado de São Paulo. Na época, Marcelo encontrava-se com a saúde bastante debilitada, e, posteriormente, foi diagnosticado com câncer.

*A Cláudia foi passear lá, [...] e chegou lá, a Regina tava até mais ou menos controlada. [...] Ela tava melhor do que ela tá hoje, sabe? Aí a Regina falou assim pra ela “Ai, eu quero ir embora com você. Me leva embora. [...] Eu quero ir embora, eu não aguento mais esse homem”. [...] Aí a Cláudia “Ai, Regina, eu não posso te levar. Como que eu vou te levar? Se eu te levar, aí eu tenho que levar os seus filhos, teu marido vai atrás...”, “Não, eu quero ir. Me leva só eu só!” ela falou “Me leva só eu!”.* (Marli, terceira entrevista)

Segundo a tia, pouco tempo depois do retorno de Cláudia, Marcelo avaliou que a condição de saúde de Regina era estável e que, portanto, não era necessário que ela continuasse tomando os remédios.

*Aí, de repente, ele [Marcelo] falou pra ela que não precisava dela tomar remédio porque ele falou assim: “Ah, Regina, eu não vejo motivo pra você tomar remédio, eu chego aqui a casa tá limpa, você fez comida, tá tudo certinho. [...] Para com esses remédios aí”. Aí, ela parou. [...] Aí voltou pior, ela voltou pior do que tava.* (Marli, primeira entrevista)

Assim, de acordo com o relato da tia, sob influência do marido e sem consultar o médico, Regina interrompeu o uso da medicação e teve uma piora grave: começou a ficar muito agitada, inquieta, rir sem motivo e falar coisas desconexas, culminando na segunda internação.

*Aí, ela saía da cidade de onde que ela morava e ela ia na outra, de pé, de tanto que ela andava. Aí ficava descalça, andando descalça no sol, não fazia nada e só, tipo, correndo perigo, saía de noite, andando. Não dormia de dia, não dormia de noite. Aí, eles internaram ela. Lá no Paraná. [...] Daí, ela ficou três meses lá e o marido dela disse que ela não tava melhorando, pegou, foi lá e assinou e tirou ela do hospital do jeito que ela tava. Aí, tirou, voltou pra casa e ficou do mesmo jeito, sabe, daquele jeito. Sem saber se cuidar, andando*

*atrás dele. [...] Aí, a partir desse momento, as crianças passou a ficar na “responsa” da vó [paterna], né, a vó tava sempre junto com as crianças. [...] A cabecinha dela já não tava mais ligando, sabe, com as crianças. (Marli, primeira entrevista)*

A iniciativa de levar Regina para a casa de Marli, no Estado de São Paulo, partiu de Cláudia, que, em conversa com os familiares, soube da situação em que ela se encontrava. Marcelo já havia recebido o diagnóstico de câncer e sua saúde já estava bastante comprometida, o que foi determinante para que ele aceitasse a mudança da esposa.

*Daí eles [familiares do Paraná] ficava ligando pra Cláudia “Cláudia, a coisa tá difícil aqui. A coisa tá feia. A situação tá difícil. A Regina não sei quê...”. [...] Aí, a Cláudia também não sabia o que fazia, pegou e falou pra eles lá. Falou assim “Ah, então é o seguinte, vocês não quer trazer ela pra cá? Deixa ela aqui que nós vai cuidando dela até ela melhorar, né? Nós dá um jeito de levar ela no hospital aqui. Aqui ou interna ela ou alguma coisa assim. (Marli, terceira entrevista)*

*Pesquisadora: E você consegue se lembrar por que você veio pra cá?*

*Regina: Ah, meu marido que trouxe eu. Lá a minha tia tem acerola, tem... eles têm café lá. Uns vende peixe. (Segunda entrevista)*

Em janeiro de 2017, quando Regina chegou à casa de Marli, a família já imaginava que ela precisaria de uma internação, pois seguia apresentando agitação, vontade de andar, fala desconexa, dificuldade para dormir e até certa agressividade. O seguimento médico passou a ser feito no Ambulatório de Saúde Mental da cidade e, por meio da UPA, foi solicitada a vaga para internação total em hospital psiquiátrico. A espera pela vaga durou 15 dias e se deu em regime de internação total na UPA, pois Regina permaneceu na unidade em tempo integral, com a presença obrigatória de um familiar e sem autorização para saídas. De acordo com os relatos, essa “internação” configurou um período de espera protegida. O foco das intervenções era o controle



medicamentoso e físico (contenção) da crise e os profissionais não se aproximaram para estabelecer vínculos, conhecer quem eram essas pessoas e entender a situação que estavam vivendo.

*Aí, nesse intervalo, eu tô aqui cuidando da Regina, internei a Regina aqui [na UPA] pra conseguir vaga no [fala o nome do hospital psiquiátrico]. Ela ficou 15 dias. Eu fiquei esses 15 dias, dia e noite com ela. Porque lá tem que ficar uma pessoa acompanhante. (Marli, terceira entrevista)*

Regina ficou internada por quatro meses no hospital psiquiátrico público de referência para sua região, porém, nas entrevistas, teve bastante dificuldade em falar sobre esse período. Já Marli nos falou sobre algumas de suas impressões e expectativas sobre a internação.

Pesquisadora: *Você consegue me dizer como foi estar lá no hospital? [...] Como foi o cuidado que você recebeu?*

Regina: *[Silêncio] Foi bem, porque eu comia frango, peixe.*

Pesquisadora: *A comida era boa, então?*

Regina: *Era. [...] Eles lavavam minha cabeça... (Primeira entrevista)*

*Um dia, cheguei lá [no hospital], porque eles dopam, né, é muito remédio. Tipo assim, aqui ela não tava dopada, né, aqui ela tava normal, andando pra lá e pra cá e conversava o dia inteiro. Chegava lá, eu só via ela assim, sabe, quietinha, sem conversar. Aí, eu tinha que perguntar as coisas pra ela, dava trabalho pra ela responder. Aí, teve um dia que eu fui lá e ela tava até andando assim, toda tortinha, com a boquinha parada, falei “Ai, meu Deus, em vez de melhorar as coisas, tá piorando!”. Misericórdia! [...] Foi passando o tempo, aí foi estabilizando, foi melhorando, né, porque daí aquelas conversa atrapalhada que ela falava, ela já não falava mais, né, com a mudança de remédio. [...] [Hoje] Ela não tá bem, super bem, né, mas deu uma boa, assim, melhorada. Eu achava que ela poderia sair mais melhor, né? Mas não é assim, né, eu até entendo que o problema na mente, filha, não é fácil. Né? (Marli, segunda entrevista)*

No intervalo em que Regina esteve internada no Estado de São Paulo, Marcelo já estava com a saúde bastante debilitada devido ao câncer e não conseguia mais trabalhar, quando então vendeu o

terreno que haviam ganhado e alugou uma casinha em condições muito precárias para morar com os filhos.

*Porque até então a Regina tinha vindo ficar aqui só pra se tratar. Aí ele [Marcelo] tava doente, né, então... Eu falei "Ah, então, você deixa ela aqui e quando você ficar bem, futuramente, se você quiser morar pra cá, né? [...]. Mas aí o problema dele tava muito avançado. [...] Aí, não teve mais jeito, né, foi até ele chegar ao óbito mesmo. (Marli, segunda entrevista)*

Marcelo faleceu em julho de 2017, durante a internação de Regina, deixando as crianças sob os cuidados da avó paterna no Paraná. Toda essa situação contribuiu para que a família de Marli decidisse acolher Regina em sua casa após a alta-hospitalar, pois, além da viuvez, as irmãs e a tia do Paraná já haviam se manifestado contrárias a assumir a responsabilidade com os cuidados dela.

A realização das entrevistas se deu após a alta-hospitalar, pudemos, então, observar o seguimento dos cuidados em saúde mental no âmbito da rede de saúde.

*Ontem, eu fui no médico com ela [Se refere ao Ambulatório de Saúde Mental]. [...] Aí o médico pede um exame de sangue por mês. [...] Porque toma os remédios tem que saber como que tá o sangue dela, né, porque, acho que eles controlam a dosagem também, né? [...] E... Aí, ele pediu de novo o exame de sangue dela e ele falou que vai ver se marca uma... tipo uma terapia, acho que é uma terapia que fala, é um negócio lá, ocupacional pra mente dela. [...] Aí ele disse que vai marcar aqui pra ela passar, só que eu não sei quando que é porque aqui é demorado essas coisas de psicólogo. [...] Tipo um trabalho pra ela, sabe? Assim, pra ajudar a desenvolver a mente dela, né? Acho que também pra ver como que ela tá reagindo, né? Deve ser mais ou menos isso aí. [...] [Esse médico] é muito legal, é bem atencioso, sabe. [...] Ele falou assim que ela precisa de aumentar mais o remédio dela pra ela melhorar mais. Só que é assim, é devagar, né? [...] Esses problemas [da mente] são assim mesmo, é muito devagar. (Marli, segunda entrevista)*

Sobre as expectativas com o desenrolar da vida após a alta, Regina expressou o desejo perseverante de retornar ao Paraná e

retomar o convívio com os filhos. Marli, por sua vez, falou sobre as mudanças que planejava fazer em sua casa para acomodar a sobrinha em definitivo.

*Pesquisadora: Queria viajar pra lá [Paraná]?*

*Regina: Uhum.*

*Pesquisadora: E você tem planos de viajar pra lá?*

*Regina: Tenho.*

*Pesquisadora: [...] Pra quando que é essa viagem?*

*Regina: Eu queria ir hoje. (Segunda entrevista)*

*Eu tô arrumando o quartinho dela, certinho, né, lá pra ter as coisinhas dela, porque eu quero... [...] montar o guarda-roupas, as coisinhas, porque eu quero incentivar ela a cuidar das coisas dela, entendeu? [...] Eu não quero que ela se sinta só dependente de mim, entendeu? (Marli, primeira entrevista)*

Apesar de toda a intenção de cuidado que envolvia Regina na casa da tia, ela indicava que ainda não se reconhecia nesse novo cenário e sua permanência nesse lugar se devia às escolhas que outras pessoas fizeram por ela. Assim, Regina expressava o desejo de resgatar aquilo que reconhecia como vida, ao querer retornar ao Paraná e ao convívio das pessoas que ficaram por lá, reportando-se ao vínculo afetivo com os filhos e irmãs, aos hábitos que mantinha e aos lugares que costumava frequentar, indicando que suas referências permaneciam naquele tempo e espaço, ainda pouco integradas ao momento em que estava vivendo após a internação. Marli narrou que a decisão pela permanência de Regina se deu por não haver pessoas disponíveis no Paraná, para ofertar os cuidados que ela demandava naquele momento. Assim, compreendia que tal decisão fora tomada para responder a uma necessidade da sobrinha e que não se tratava de uma condição que lhe impuseram.

Relatando iniciativas de incentivo à autonomia de Regina, Marli afirmou acreditar no potencial da sobrinha para recuperar algumas capacidades que possuía anteriormente. Vale ressaltar que, no passado, Regina havia pedido à irmã para ser trazida para

o Estado de São Paulo, mesmo que viesse sem os filhos, pois não vinha suportando a convivência com o marido. Na ocasião, Regina pôde identificar a situação de vulnerabilidade e pedir a ajuda da irmã que, por sua vez, também com pouco amparo familiar e social, não concordou com a mudança naquele momento. Tempos depois, essa mudança se mostrou necessária, quando a situação de Regina já estava bastante agravada e ela não dispunha mais dos mesmos recursos, o que ressalta a importância de maior integração e qualificação do olhar para o sofrimento mental, articulando profissionais e famílias para ações mais rápidas e ampliadas, evitando o agravamento da situação vivida.

Nos contatos, observamos que após a alta, Regina ainda se encontrava bastante dependente de seus familiares e sob efeito marcante das medicações. Depois de ter passado quatro meses em regime de internação total, notamos que ela ainda não apresentava condições de tocar a vida autonomamente, como fizera em outros momentos de sua vida, denotando grande prejuízo na condução das esferas intelectuais, relacionais e ocupacionais.

Marli descreveu que, nos momentos iniciais da internação, percebia que a sobrinha estava muito *“dopada”*, pois se mostrava mais lenta, apática e com dificuldade para conversar. Para a tia, no hospital, *“eles dopam, é muito remédio”*, todavia, embora lhe ocorresse que havia um uso em excesso, pareceu compreender que o tratamento era composto justamente pela submissão a estas medicações e seus ajustes, pois esse fora o único recurso mencionado por ela em associação com a posterior melhora de Regina. A internação foi vista como conduta necessária e *“natural”* frente ao sofrimento vivenciado e, por isso, pouco questionada com relação aos seus objetivos e função terapêutica, considerando um plano de cuidado mais amplo.

A permanência no hospital, em condição de isolamento, e o ajuste da medicação pareceram ser compreendidos como o tratamento em si. Entretanto, o que se observou foi que a internação psiquiátrica por si só não foi suficiente para que Regina retomasse a vida de maneira autônoma. Com frequência, a

internação psiquiátrica é tida como o recurso central para a atenção da pessoa em crise, deixando em segundo plano toda uma gama de ações de cuidado, que deveriam ser promovidas tanto no período de permanência no hospital quanto depois da alta, visando, por exemplo, ao reconhecimento de si após a crise, à retomada da autonomia e à reatualização dos planos (Arruda, 2019; Zanardo et al., 2017).

Após a alta, Regina voltou a ter o Ambulatório de Saúde Mental como referência para seu tratamento e nesse serviço vinha realizando consultas médicas periódicas para avaliação dos sintomas e dos efeitos das medicações. Ademais, Marli mencionou o encaminhamento médico de Regina para sessões de Terapia Ocupacional, o que a tia entendeu como uma alternativa de *“ocupação para a mente”*. Destacamos que, além da Terapia Ocupacional, as entrevistadas não mencionaram a oferta de outras práticas de ordem psicossocial, tais como visitas domiciliares, Acompanhamento Terapêutico, parcerias entre os diferentes serviços e entre equipe e família, grupos de promoção de saúde, espaços de convivência, atividades de geração de renda, grupo de apoio aos familiares, psicoterapia individual ou grupal, entre outras. A indicação da Terapia Ocupacional pareceu ter um caráter acessório, integrando, secundariamente, aquilo que seria entendido como o tratamento em si, ou seja, o remédio. Segundo as entrevistadas, o foco do acompanhamento após a alta novamente se mostrou sobre o controle dos sintomas e dos efeitos das medicações prescritas — o que pode ser considerado uma intervenção bastante restrita, tendo em vista a complexidade das condições de vida apresentadas. Essa simplificação dos processos de cuidado em saúde mental, reduzindo o sofrimento aos aspectos biológicos, reforçam, ainda, crenças como as de Marli de que os *“problemas [da mente] são assim mesmo, muito devagar”*.

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) apontam que a medicação não tem o poder de modificar, por si, o curso natural do problema do paciente, mas estabelecer condições para que ele possa desenvolver novas formas de se relacionar em seu ambiente. Como

recurso, por vezes necessário, a medicação pode potencializar a atuação dos profissionais, desde que o uso esteja atrelado ao intuito de impulsionar a autonomia da pessoa e organizar melhor o quadro clínico mediante, por exemplo, o controle da ansiedade, regulação do sono e redução dos sintomas (Arruda, 2019; Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa, & Vasconcelos, 2013). Nesse sentido, acreditamos que a ampliação das estratégias de cuidado poderia constituir uma via potente de ajuda para Regina e sua família, visando o desenrolar de sua vida após a internação, inclusive fortalecendo a intenção dos familiares em acolhê-la nesse momento, olhando seriamente para sua história, seus vínculos, necessidades e aspirações.

As famílias, por sinal, são importantes atores no cuidado das pessoas em sofrimento mental, tendo em vista a mudança de paradigma proposta pela Reforma Psiquiátrica, em que são questionadas ações de isolamento/segregação e fomentadas estratégias que visam à retomada da vida com qualidade e reinserção social (Gomes et al., 2018; Zanardo et al., 2017). Muitas vezes, as famílias vivenciam dificuldades com as situações de crise e a desarticulação das ações de cuidado, o que pode culminar na necessidade da internação psiquiátrica. Assim, é igualmente importante que o cuidador, ou a família cuidadora, também disponha de uma rede de suporte que auxilie na sustentação dessa relação de cuidado. Marli indicou que contava com a ajuda do marido e dos filhos, mas ficou evidente que a responsabilidade maior recaía sobre si. No caso desta família, considerando a condição de Regina e as particularidades de uma relação em construção, a presença de uma rede de apoio formada por parentes, amigos e profissionais da saúde poderia ter contribuído para a preservação da intenção de cuidar, por exemplo, ao dividir tarefas e traçar estratégias para lidar com os desgastes da relação, com a finalidade de evitar uma nova fragilização ou rompimento dos vínculos.

Considerando os relatos, acreditamos que, se a família de Regina houvesse criado um vínculo longitudinal e próximo com algum serviço de saúde de caráter territorial (como unidades da

Atenção Primária ou CAPS), talvez dispusesse de alguma ajuda cotidiana para pensar a vida e a rotina, com seus percalços e possibilidades. Os profissionais que compõem tais serviços poderiam se aproximar da família para pensar, conjuntamente, os projetos terapêuticos, levando em conta as fragilidades inerentes à situação de crise, mas principalmente as potências, ou seja, aquilo que Regina tem, pode, deseja, mediante os movimentos da vida.

Quando nos aproximamos do percurso de vida de Regina, observamos que as circunstâncias que permearam seu adoecimento eram múltiplas e complexas, relacionadas a acontecimentos passados de sua vida, suas origens, hábitos, relacionamentos, oportunidades e vulnerabilidades. Para Tatossian (1979/2006), a prática psiquiátrica corrente, ao não considerar essa complexidade, opera uma redução diagnóstica, uma vez que a presença concreta do paciente é reduzida ao sintoma, e a pessoa passa de “ser humano” a “caso clínico”. Na mesma direção, Jaspers (1912/2005) afirmava que para compreender o homem, é preciso compreender o que ele sabe, que conteúdos possui em sua consciência e quais significados lhes atribui, de forma que mais do que dispor de tempo, é fundamental dispor de abertura para o mundo do outro. Considerando a trajetória de Regina, apontamos que essa postura abriria uma possibilidade de acesso aos seus vividos psicopatológicos e de validação e acolhida de seu sofrimento, enquanto carregados de sentido e de valores a serem reconhecidos (Ferla, 2011).

Pelas análises, observamos que Regina vinha dispondo de pouco espaço nos equipamentos “formais” de cuidado para apresentar suas experiências de vida (passadas e atuais) e seus desejos sobre maneiras de estar no mundo, para além dos sintomas. Borgna (2019) afirma que os sistemas classificatórios de doenças têm como premissa que, na psiquiatria, os sintomas se repetem idênticos em todas as partes do mundo. Ao passo que os novos paradigmas, nesse campo, pautados na hermenêutica, tal qual a fenomenologia, consideram que cada forma de sofrimento tem sua maneira de se manifestar e se desdobrar ao longo do tempo, partindo de uma

perspectiva de pessoa como mistério impossível de ser acessado apenas com a razão (Rus, 2017). A partir disso, compreendemos que a experiência de Regina só poderia ser seriamente reconhecida e avaliada em sua dimensão psicopatológica, se olhada a partir de sua própria interioridade, o que demandaria uma postura de abertura e atenção em direção a ela.

Tal olhar pressupõe que ocorra um encontro, e, para tanto, faz-se necessário que possamos acessar as emoções que vivem em nós e nas outras pessoas que nos cercam. Segundo Borgna (2019), é necessário um exercício de olhar para dentro de nós mesmos em uma busca contínua, às vezes cansativa e angustiante, daquilo que somos nas vastas regiões das nossas emoções. Esse exercício apresenta-se na contramão da tendência cultural hoje dominante, de exclusão da interioridade, da pouca apropriação das escolhas de vida, com pouco tempo para o exame dos sentidos presentes na realidade. Para o autor, o ser humano é, ontologicamente, aberto aos sentidos do mundo e essa busca por compreendê-los nos une, independentemente das diferenças e singularidades do percurso de vida de cada pessoa, seja sã ou doente. Atuando sob este prisma, os autores da psicopatologia fenomenológica entendem que no encontro com a pessoa em sofrimento é necessário suspendermos os diagnósticos, rótulos e preconceções para que possamos apreender os sentidos constituídos pelo paciente, situado em seu percurso histórico e social (Jaspers, 1912/2005; Tatossian, 1979/2006).

Essa concepção nos impossibilita de reduzir Regina a um diagnóstico, ou a um conjunto de sintomas, e abre a possibilidade de surpreendermo-nos com ela e conosco na busca por compreender os sentidos presentes em nós e fora de nós. Tal condição de abertura, no âmbito do cuidado, contribuiria para restituir à Regina o protagonismo de sua trajetória, com potencial para descobrir novas habilidades, posicionar-se no curso de sua vida, atualizar planos de futuro, entre outros atos possíveis em um horizonte de humanidade, sempre em fluxo. Esperamos que este texto reverbere as vozes de Regina e Marli, que mesmo na singularidade dos seus vividos possivelmente representam tantas



outras vozes silenciadas, ampliando o olhar sobre a pessoa em sofrimento mental e fomentando o desenvolvimento de estratégias de cuidado em saúde mental comprometidas com a pessoa humana em sua integralidade e dignidade.

## Referências

- Amarante, P. D. C. (2017). *Teoria e Crítica em Saúde Mental: Escritos Selecionados* (2a ed.). São Paulo, SP: Zagadoni.
- Arruda, J. N. F. (2019). *Cuidados em Saúde Mental: A experiência da alta hospitalar no contexto no Hospital-Dia* (Trabalho de Conclusão de Curso não publicado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barreira, C. R. A. (2017). Análise fenomenológica aplicada à Psicologia: recursos operacionais para a pesquisa empírica. In M. Mahfoud & J. Savian Filho (Orgs.), *Diálogos com Edith Stein: Filosofia, Psicologia, Educação*. São Paulo: Paulus.
- Borgna, E. (2011). Prefácio. In M. T. Ferla, *O homem da morte impossível e outras histórias: Psicopatologia Fenomenológica* (pp. 09-14) (G. W. Tostes, trad.). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Borgna, E. (2019). Ha ancora senso la fenomenologia? Considerazioni di uno psichiatra. *Encyclopaideia*, 23(55) I-IV. doi: 10.6092/isnn.1825-8670/10082
- Cardoso, C. L., & Ishara, S. (2013). Grupo Comunitário de Saúde Mental: Uma análise fenomenológica. In S. Ishara, C. L. Cardoso, & S. R. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, Delineamento Metodológico e Estudos* (pp. 43 - 91). Ribeirão Preto, SP: Nova Bonfim Editora.
- Cruz, K. D. F., Guerrero, A. V. P., Scafuto, J., & Vieira, N. (2019). Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma

psiquiátrica brasileira. *Revista do NUFEN*, 11(2), 117-132. doi: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51

Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100012)

Ferla, M. T. (2011) *O homem da morte impossível e outras histórias: Psicopatologia Fenomenológica*. (G. W. Tostes, trad.). Belo Horizonte: Artesã.

Frateschi, M. S. (2020). *Vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental: estudo compreensivo e longitudinal a partir da alta da internação psiquiátrica* (Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-29062020-114821/pt-br.php>

Gomes, M. L. P., Silva, J. C. B., & Batista, E. C. (2018). Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 3-17. doi: 10.20435/pssa.v10i1.530

Jaspers, K. (2005). A abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. VIII (4), 769-787. (Trabalho originalmente publicado em 1912; A. C. T. Rodrigues trad.).

Lei n. 8.080, de 17 de setembro de 1990. (1990, 17 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

- Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990, 28 de dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)
- Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Monteiro, V., Souza, C., & Moreira, V. (2020). Da (inter)corporeidade à depressão melancólica na psicopatologia fenomenológica de Fuchs. *Memorandum*, 37. doi: 10.35699/1676-1669.2020.14703
- Nunes, M. O., Júnior, J. M. L., Portugal, C. M., & Torrenté, M. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(12), 4489-4498. doi: 10.1590/1413-812320182412.25252019

- Pinheiro, B. C., Ishara, S., & Cardoso, C. L. (2019). Grupo Comunitário de Saúde Mental: centralidade da pessoa humana no processo de formação profissional. *Revista de Medicina*, 98(2), 120-131. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v98i2p120-131
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., Nogueira, M. S. L., Costa, L. F. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2157-2166. doi: 10.1590/S1413-81232013000700031
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 de dezembro). Aprova as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. (2016, 07 de abril). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saldelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saldelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
- Rocha, R. M. G., & Salerno, C. B. (2018). Pesquisa documental sobre o Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel. *Memorandum*, 34, 82-103. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6860/4414>
- Rosário, C. A., Baptista, T. W. F., & Matta, G. C. (2020). Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*, 44(124), 17-31. doi: 10.1590/0103-1104202012401

- Rus, E. (2017). Pessoa e comunidade segundo Edith Stein: uma experiência de comunhão. In M. Mahfoud & J. Savian Filho (Orgs.), *Diálogos com Edith Stein: Filosofia, Psicologia, Educação* (pp. 119-144). São Paulo: Paulus.
- Tatossian, A. (2006). *A fenomenologia das psicoses*. (C. Freire trad., E V. Moreira rev. tec). São Paulo: Escuta. (Trabalho originalmente publicado em 1979).
- Zanardo, G. L. P., Silveira, L. H. C., Rocha, C. M. F., & Rocha, K. B. (2017). Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(3), 460-474. doi: 10.1590/1980-5497201700030009

## CAPÍTULO 7

### **Fenomenologia e Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: subjetividade, intersubjetividade e articulações possíveis<sup>1</sup>**

*Nara Helena Lopes Pereira da Silva*

*Angela Ales Bello*

*Carmen Lúcia Cardoso*

*A saúde é direito de todos e dever do Estado,  
garantido mediante políticas sociais e econômicas  
que visem à redução do risco de doença e de outros  
agravos e ao acesso universal e igualitário às ações  
e serviços para sua promoção, proteção e  
recuperação (Brasil, 1988, art. 196).*

O objetivo deste capítulo é promover um diálogo entre fenomenologia de Edmund Husserl e de Edith Stein e a saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), em suas dimensões pessoais e coletivas e que, também, ressoam em diversos modos de ser e de expressar a subjetividade e a intersubjetividade. A fenomenologia pode contribuir com reflexões acuradas sobre a constituição dos relacionamentos interpessoais, a unicidade da pessoa e o respeito às diferenças e ao potencial do vínculo, do cuidado e da intersubjetividade, com a legitimação do acolhimento como um modo potente de amenizar o sofrimento,

---

<sup>1</sup> Este artigo é parte da Tese de Doutorado de Silva, N.H.L.P. defendida em agosto de 2011, intitulada: “Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma compreensão a partir da fenomenologia de Edith Stein” (Silva, 2011), subsidiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) - Processo nº 2007/58220-5 e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) ao Programa de Doutorado no Brasil com Estágio no Exterior PDEE-USP processo BEX1308/09-2.

para além de abordagens farmacológicas e médico-centradas. Especialmente, serão destacadas as considerações fenomenológicas sobre a epoché, a empatia e a intersubjetividade.

### **Saúde Mental na Atenção Primária**

A Constituição brasileira estabelece a saúde como um direito do cidadão e regulamenta a importância pública dos serviços. É dever do Estado garanti-la para todos, por meio de ações de promoção, de proteção e de recuperação, com políticas intersectoriais que visem à redução do risco de agravos e à garantia do acesso universal e equânime, com incentivos através de políticas econômicas e sociais (Brasil, 1988).

O sistema de saúde está organizado em níveis de cuidado. A Atenção Primária é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações a serem desenvolvidas nas dimensões tanto individuais quanto coletivas. Visa à promoção e à proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O território geográfico delimitado no cuidado e no tratamento de saúde mental neste nível de atenção, é um ponto estratégico para a constituição de novas práticas longitudinais. Trata-se do acompanhamento das famílias ao longo do tempo, independe da presença de patologias. Assim, articula-se a ideia do vínculo como princípio da formação de referências entre usuários e equipe, além de identificar necessidades a partir do território vivo (Vieira & Neves, 2017).

A inclusão do cuidado psicossocial em saúde mental, incentiva a compreensão da dimensão integral das pessoas, reafirmada dentre as políticas de saúde do Brasil em estratégias como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, leitos em hospitais gerais, serviços de urgência e emergência, além de ações na Atenção Primária. Estes se articulam e configuram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088 (2011).

Na prática, entretanto, verifica-se uma lógica que reproduz o modelo biomédico, com foco na medicalização, com dificuldades para a implantação de um trabalho em equipe, intersetorial e focada no território (Fernandes, Matsukura, & Lourenço, 2018). Além disso, os estigmas em saúde mental e a alta dependência de serviços especializados, encaminhamentos desnecessários e dificuldades na integração de redes psicossociais retomam diversas problemáticas para a implantação de tal realidade. Além desses, baixa comunicação entre profissionais e distanciamento de práticas interdisciplinares (Alvarez, Vieira, & Almeida, 2019). Diversas dificuldades perpassam o setor, desde questões de formação, econômicas, financeiras, sociais, mas também mudanças advindas do cenário político.

Para além das dificuldades operacionais, em 21 de dezembro de 2017, a Portaria n. 3.588 (2017) e reafirmada pela Nota Técnica nº 11/2019 (Ministério da Saúde, 2019), propõe mudanças estruturais na política brasileira de saúde mental, com incentivos a reinserção dos Hospitais Psiquiátricos e do tratamento ambulatorial na RAPS, reduzindo a relevância dos serviços de base territorial e comunitária e indo na contramão do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lima, 2019).

Por outro lado, a intersetorialidade, a incorporação de recursos territoriais de cunho terapêutico, como escolas, centros culturais e planos de ações, são recursos relevantes para um cuidado integral em saúde mental (Baptista, Camatta, Filippon, & Schneider, 2020). A paradoxal natureza do corpo humano como matéria e vida, implica na relevância de considerar e de reafirmar nas políticas de saúde um olhar global, voltado ao cuidado integral da pessoa por meio de ações humanizadas.

### **Contribuições da fenomenologia de Husserl e Stein para o cuidado à Saúde Mental na APS**

A fenomenologia é um exercício. Por meio do método fenomenológico, é possível individuar quatro momentos em um encontro terapêutico: apreensão do sentido geral da descrição de



uma narrativa de quem consulta um psicólogo; divisão das narrativas em unidades de significado, que são partes constituintes dos relatos; reflexões sobre as unidades, colocando em evidência a sua própria essencialidade; e movimentos de sínteses, em busca das estruturas gerais essenciais. As reflexões que abrangem a saúde mental, a partir de uma compreensão fenomenológica, não pressupõem uma análise teórica dos sofrimentos psíquicos, mas a legitimação do encontro com os singulares seres humanos em sofrimento (Ales Bello, 2016).

Trata-se de uma vertente filosófica que realiza um convite para uma mudança de atitude em relação a nós mesmos e ao mundo ao redor, para compreensão a partir de uma perspectiva de abertura, de interesse e de curiosidade, não naturalizada em verdades absolutas. Os fluxos de vivência, quando apreendidos e refletidos como parte do mundo objetivo, a partir de uma suspensão de pré-conceitos, proporciona abertura à subjetividade e surge como potencial para outras atitudes diante do mundo da vida. A pergunta central de Husserl é: como é possível a nós, seres humanos, conhecermos as coisas, o mundo e a nós mesmos? O método fenomenológico surge como um questionamento filosófico acerca da constituição do conhecimento, do ser humano e do mundo da vida, de modo amplo e rigoroso. Pretende percorrer de forma aprofundada as questões, buscar as fontes e origens e compreender os sentidos delas, visando entender como se dão de fato, indagando-as a fundo e analiticamente (Husserl, 1973/2008).

A suspensão de teorias pré-determinadas, conforme proposta da fenomenologia, intenciona olhar para as coisas mesmas, visa desconstruir conceitos e contemplar a existência de um mundo que se apresenta à subjetividade e que é passível de ser apreendida, em suas diversas perspectivas, porém nunca em sua totalidade. Esse mundo natural toca o ser humano e, quando intencionado, é passível de conduzir à abertura para o que é transcendente à experiência. Tal abertura possibilita apreender as estruturas fundantes dos fenômenos.

Quando utilizamos analogamente em nossas vidas cotidianas a proposta da epoché fenomenológica de Husserl, somos convidados a colocar entre parênteses aquilo que julgamos saber a respeito do outro, ao **suspendermos** nossas crenças, nossas verdades, nossos conhecimentos teóricos e clínicos, em busca de apreender a estrutura última que se oferece a cada um de nós, nos confrontos do *ser*, do *ser assim* e de todas as modalidades do ser existente no seu espaço temporal do real (Stein, 1922/1999).

A **suspensão** das crenças, conforme proposto pela fenomenologia, possibilita a reflexão sobre como fazer a aproximação dos profissionais de saúde no espaço íntimo das pessoas, a saída das unidades de saúde e a entrada nos lares, deixando para fora do espaço privado de cada família, temporariamente, as preconceções ou prejulgamentos adquiridos em experiências anteriores e conhecimentos teóricos. Não se trata de anular ou invalidar os conhecimentos anteriores, mas suspendê-los, na tentativa de se atentar sobre quem é esta pessoa, quais as suas características, suas peculiaridades e suas necessidades, sem projetar as próprias exigências e vivências no outro. É um exercício contínuo de busca da **verdade** do outro, passível de ser apreendida através de uma atitude de curiosidade, na tentativa de sintonizar os potenciais humanos do profissional com as necessidades singulares da pessoa em sofrimento.

A máxima expressão fenomenológica de “**colocar entre parênteses**” as paredes das unidades de saúde e os conceitos teóricos científicos, não significa a recusa do saber empírico validado e dos diagnósticos, mas um caminho para transcender e apreender, no exato momento do encontro, as faces do sofrimento que se manifestam nas relações entre corporeidades diversas, porém, universais. Sofrimentos, esses, que retornam e se desvelam em perspectivas no decorrer de um acompanhamento longitudinal. São passíveis de serem apreendidos por meio da escuta atenta dos relatos de uma conversa, das sutilezas das falas, dos sentidos e percepções dentro dos ambientes das residências, das queixas

repetitivas e dos modos de relacionamentos com outras pessoas e com seu entorno pessoal e coletivo.

O saber empírico auxilia na concepção e categorização da doença; entretanto, os movimentos propostos pela fenomenologia exercem um convite para o desvelamento das experiências internas e externas da pessoa, o que significa a possibilidade de estar atento à **subjetividade**, de reconhecer a singularidade que se expressa em cada indivíduo, através de uma estrutura humana universal, que pode ser compreendida em suas dimensões corpórea-vivente, psíquica/instintiva e espiritual/reflexiva/volitiva/criativa.

Por meio das reduções fenomenológicas (Husserl, 1913/2002), Husserl desenvolve a possibilidade de compreensão sobre as essencialidades da constituição humana (Husserl, 1952/2002): o ser humano em sua estrutura possui um corpo que não é apenas um corpo material, físico (**Körper**, alemão), mas também, uma corporeidade marcada por uma vitalidade (**Leib**, alemão); possui, ainda, uma dimensão psíquica, referente aos instintos, pulsões e emoções, mas se difere dos demais seres vivos por possuir uma dimensão espiritual, reflexiva, criativa, volitiva (**Geist**, alemão), que dá sentido e significação para as coisas, pode ser livre para desejar e agir (Stein, 1933/2000).

Cada um, em sua singularidade, pode apreender o mundo das coisas e, simultaneamente, esse mundo convida para ser conhecido. É dessa correlação, revelada por meio da experiência, que ao ser humano é possível aceitar ao convite, realizar um movimento de abertura; ou não ser correspondido, quando, então, há um fechamento e a percepção de um mundo fragmentado. Isso implica na necessidade contínua de um posicionamento responsável perante o outro, que envolva os aspectos reflexivos, criativos e volitivos, diante da liberdade e do dever para consigo, com o outro e com a vida (Silva & Cardoso, 2017).

A possibilidade de ver o humano em uma perspectiva integral significa vê-lo em suas dimensões corpóreas viventes únicas – **Leib** - em seus instintos e impulsos próprios e, acima de tudo, em sua capacidade humana-espiritual – **Geist** - de desejar, querer, refletir

ou criar (Husserl, 1952/2002; Stein 1933/2000). Do ponto de vista da constituição humana, tais dimensões são passíveis de ser apreendidas, mesmo que nas diversas possibilidades de ser da singularidade, mesmo diante de um fechamento ou sofrimento psíquico intenso. Considerar a saúde mental na Atenção Primária significa enfatizar não o estado de adoecimento do corpo – **Körper** -, mas as necessidades que cada indivíduo porta para a continuidade do seu desenvolvimento, suas possibilidades de seguir o seu movimento de vida, respeitando cada especificidade corpórea, psíquica e espiritual.

Dentre as descobertas de Husserl, a individuação das **vivências** e a análise destas coloca em evidência a duplicidade entre um momento noético intencional e o momento hilético ou material. Essa duplicidade se correlaciona com as análises do corpo vivente (**Leib**, alemão), que não possui apenas sensações sensoriais, mas, também, sentimentos sensoriais, prazer e dor, bem-estar corpóreo ou de mal-estar/adoecimento, derivados de uma indisposição corpórea. Trata-se de um grupo de sensações que possuem uma imediata localização somática, em que cada ser humano apreende de modo imediatamente intuitivo o seu corpo vivente enquanto um corpo próprio, uma objetividade subjetiva. As sensações localizadas, formam as bases da vida do desejo, da vontade, as tensões e relaxamento de energia, as sensações de inibição interna, paralisia. Delineiam-se, portanto, uma série de percepções que constituem a razão pela qual sentimos nosso corpo e consideramos como próprio, como as sensações táteis, visíveis, auditivas e que em si mesmas, ainda, são diversas. Isso não remete apenas à relação com o corpo próprio ao que é externo, mas também aos sentimentos sensoriais (dor, tensão, relaxamento, bem-estar), que são a base da vida dos sentimentos e das validações. Portanto, as **vivências** são os atos que testemunham o fluxo de uma inteira vida. Referem-se à corporeidade, no caso das percepções, à psique como sentimentos, prazer, dor, tensões que geram reações de ordens diversas do físico e, por fim, ao espírito, como sede de

tomada de posições conscientes, seja no campo da intelectualidade ou da vontade (Ales Bello, 2011).

Os **sentimentos vitais** configuram um grupo de fenômenos que constituem a pessoa e que se manifestam no corpo como vivências psíquicas, passíveis de serem apreendidas por meio da empatia. Fenômenos como o crescimento, o desenvolvimento, a saúde, a doença, como vivência própria, preenchem o corpo vivente e a alma, conferindo a cada ato espiritual e a cada processo corporal uma coloração, sendo, portanto, vistos em conjunto com o corpo próprio. Assim, vemos em cada movimento do homem o seu *modo de sentir si mesmo*, isto é, suas forças, disposição e similares. Temos, também, os fenômenos expressivos como, por exemplo, a vergonha, a raiva, que indicam a presença de uma vida psíquica no outro. Por exemplo, empatizar a mão do outro é uma esfera sensível percebida junto com o corpo, já empatizar a tristeza ou a vergonha na expressão do rosto do outro significa apreender um sentimento por meio da expressividade. Dessa forma, a vivência e a expressão formam uma totalidade compreensível. Apreendemos uma expressão e, por meio dos fenômenos expressivos, somos levados ao interno de nexos significativos do outro. Não apenas apreendemos as singulares vivências e os singulares nexos significativos, mas assumimos cada um deles como manifestações das propriedades individuais do seu portador. Stein (1917/1998) exemplifica:

No olhar amigável não apreendo somente um sentimento atual, mas a gentileza como propriedade habitual; em uma reação de ira se revela a mim uma 'índole violenta', estas propriedades se constituem eventualmente para mim em sucessivos atos empáticos que se confirmam e se corrigem. (Stein, 1917/1998, p. 188, tradução nossa)

Trata-se da entrada na atitude fenomenológica, onde se flexiona o olhar e as compreensões, em busca de localizar os núcleos centrais da dor de quem solicita o cuidado. Praticar a fenomenologia significa adotar uma atitude diferente daquela

vivida no cotidiano, ou seja, da natural/ingênua. Como sugere Husserl (1913/2002), devemos tentar nos mover livremente, neutralizar os complexos de atitudes dominantes, aprender a ver e a **descrever** o que está adiante, observar as vivências a partir de si mesmas, evitando direções unilaterais e buscando os fenômenos transcendentemente puros em suas essências, chegando, assim, ao terreno da fenomenologia.

Ao abstrair do 'a priori', é possível se aproximar de certa nitidez do fenômeno e buscar **descrevê-lo** em suas características essenciais: a fenomenologia é um convite para uma mudança de atitude em relação a si mesmo e às ferramentas científicas encontradas ao longo da formação acadêmica: apreender o sofrimento manifestado, realizar uma ação contínua de **descrever** e **evidenciar** suas nuances, seus desvios e sentidos. O acompanhamento longitudinal do sofrimento do outro, que **nunca** é **estático** e **definitivo**, solicita a abertura necessária para observar movimentações complexas, tentativas de aproximações e graduações em diversos ângulos ao que o outro expressa sobre seu sofrimento, suas dores e paralisias. Em essência, cada um é **dono** de uma expressividade única, jamais passível de ser completamente desvelada, mas que pode ser apreendida e revisitada a cada gesto autorrefletido, seja por meio da ativação de potencialidades subjetivas, seja da maximização promovida pelo encontro intersubjetivo e mesmo no compartilhar da dor, da angústia ou do sofrimento.

A cartilha do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2013) aponta que, no mundo ocidental, há uma concepção do humano que separa mente e corpo, o que fundamenta uma visão de mundo que sustenta as práticas de saúde mental atuais. Dessa forma, não é suficiente a criação de espaços que legitimam as diferenças, é necessária, também, uma visão que supere a rígida distinção entre mente e corpo, de modo a compreender a pessoa como um todo integral.

O profissional, a partir de uma relação horizontalizada, do não-saber sobre a esfera de vivências singulares do outro, pode se

colocar diante dele e compreendê-lo em sua humanidade, com suas necessidades, fragilidades e potencialidades, expressas em cada encontro, através das manifestações da corporeidade, dos gestos, olhares, sentidos, valores, visões de si mesmo e da vida. Suspender os conhecimentos especializados, adquiridos anteriormente, não deve ser compreendido como ignorá-los, mas como um desnudar de concepções que dificultam o encontro integral com a pessoa que está diante do profissional. Dessa forma, é possível exercitar uma atitude em que as possibilidades do cuidado são legitimadas, também, através do encontro **intersubjetivo**, por meio do reconhecimento mútuo, da escuta e da abertura para o outro.

Na globalidade da estrutura humana, existe uma **força vital**, que impulsiona para a intencionalidade do ato, que pode emergir da natureza dada, material e apreendida por meio da sensibilidade, como por exemplo, uma paisagem ou uma leitura que atinge profundamente, ou pode emergir de uma condição pessoal originária, que é a força do *eu* vinda do si mesmo. É possível buscá-la, também, na **intersubjetividade**, que acontece a partir da relação com o outro, pois o outro como outro ser humano vive analogamente aquilo que cada indivíduo vive. Isso torna possível o “sentir junto”, mas jamais sentir igual ao outro, pois nessa estrutura existe uma singularidade que, à medida que pode ser reconhecida em suas experiências, pode também se diferenciar (Stein, 1922/1999).

A possibilidade de reconhecimento da **intersubjetividade** como uma ferramenta legítima nas ações de saúde mental, dialoga com as propostas da APS. Dentre as ações possíveis na Atenção Primária à saúde mental no contexto brasileiro, encontramos a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), como uma forma de intervenção que visa organizar o cuidado, promover a autonomia e contribuir com a corresponsabilidade entre equipe interprofissional e pessoa, considerando suas particularidades e características. Trata-se de atender às necessidades de forma singular e personalizada, não restrita ao tratamento clínico e farmacológico (Ministério da Saúde, 2013, 2014). Entretanto, a

personalização do cuidado exige o desenvolvimento de habilidades interpessoais, que demandam mais que conhecimento técnico acadêmico.

O encontro entre subjetividades que podem se reconhecer em suas especificidades e, também, em aspectos da universalidade, legitima a diversidade humana como uma das características essenciais do ser. Segundo Pezzella (2007), estamos sempre diante de identidades diversas, pois os sujeitos são sempre diversos, individualmente, sexualmente, culturalmente, e por isso as relações são permeadas pela diferença, com a qual podemos interagir, sem medo de perdermos a nossa própria identidade. Nessa perspectiva, a fenomenologia nos apresenta uma definição de ser humano que não é uma identidade fixa e idêntica. Estamos diante de pessoas em transformação e encontramos a diversidade e a abertura como característica estrutural a todos, ainda que manifestas conforme as particularidades de cada pessoa.

O Projeto Terapêutico Singular (PST) significa dar destaque a corresponsabilidade e ao protagonismo do usuário, quando as condutas podem ser compartilhadas e existem interações entre equipe e usuário. Entretanto, ainda são frequentes os serviços que impõe formas de execução, de modo a impossibilitar o protagonismo e a tomada de decisão compartilhada (Baptista et al., 2020).

Para a fenomenologia, ao mesmo tempo em que cada pessoa possui sua subjetividade única, há uma estrutura comum que faz com que nos reconheçamos enquanto humano, passível de sentir e viver analogamente como o outro vivencia determinados momentos e situações da vida. O reconhecimento da diferença como um elemento estrutural do ser humano nos auxilia a refletir sobre as dificuldades encontradas quando tratamos das interações, hoje tão marcadas pelo preconceito, pela tentativa de adequação social e física, pela massificação das vidas e dos desejos. Práticas pautadas pelo respeito aos cidadãos são necessárias e, se acolhidas, auxiliam na garantia de seus direitos e do acesso aos tratamentos e cuidados previstos pelo SUS, atendendo aos seus pressupostos e diretrizes.



Quando partimos do evidente manifestar-se do fenômeno, que nos é revelado concretamente e plenamente por meio do mundo da nossa experiência, imediatamente nos damos conta de que o fenômeno de um indivíduo psicofísico é de fato diferente do mostrar-se de um objeto físico. O outro possui um corpo próprio vivente, uma sensibilidade, um *eu* capaz de ter sensações, agir, pensar e desejar e o seu corpo é o seu ponto de orientação inicial, assim como cada um de nós é dono de seu próprio ponto. Esses diferentes modos de revelar-se da experiência do outro, nos conduz a um gênero de atos nos quais é possível apreender a vivência própria do outro: o ato que nos permite apreender que aquela vida é análoga a minha se chama **empatia** ou entropatia (Husserl, 1952/2002; Stein, 1917/1998). Podemos nos dar conta de que os outros são similares a nós mesmos, entretanto, nunca a outra pessoa será idêntica. Dessa forma, podemos compreender que as vivências são diferentes para cada indivíduo, mas ainda assim podemos compartilhá-las através do ato da empatia.

No que se refere à concepção do corpo próprio de outra pessoa, distinta entre outros corpos físicos, devemos considerar brevemente alguns aspectos sobre a constituição do organismo psicofísico. Primeiramente, como atribuímos ao outro as características encontradas no meu ser psicofísico? Em nosso corpo vivente não apenas vemos a nossa mão, mas ao mesmo tempo a sentimos internamente. Entretanto, não podemos perceber os campos sensoriais do outro, mas podemos intuí-los, eles se desvelam à nossa consciência por meio do ato da empatia. Esse ato é mais completo quanto mais próximo ao nosso tipo (no humano, reconheço plenamente a mão humana, seja masculina ou feminina). Outro aspecto interessante na percepção psicofísica do outro é a possibilidade de enriquecimento da própria imagem do mundo, por meio das imagens dos outros, evidenciando a importância do ato da empatia para a experiência do mundo real externo. Assim, cada um possui o seu ponto de orientação zero, então, quando apreendemos o outro como um corpo próprio sensorial, cada um pode se transpor a ele, ganhando uma nova visão do mundo. Essa

imagem empatizada no outro não é apenas uma modificação da minha imagem, mas desvela a cada um a característica apreendida no relacionamento. O meu ponto zero deixa de ser unicamente meu, passo a considerá-lo como um ponto espacial entre muitos. Vemos, portanto, cada corpo próprio ao lado de outros. Assim, a empatia se revela como uma possibilidade de constituição do próprio indivíduo e do mundo real externo, através da experiência intersubjetiva. Tanto o mundo percebido por cada um, quanto aquele dado de modo empático é o mesmo mundo visto de modo diverso. Por meio do ato empático podemos ver ambos os modos ao mesmo tempo, diferentemente do que ocorre na percepção individual do mundo objetivo. Com isso, a aparição do mundo se mostra dependente da consciência individual, mas o mundo – que é o mesmo – é independente da consciência. Por meio da empatia atravessamos as barreiras da percepção individual, abrindo-se para outras possibilidades que nos permitem ampliar o conhecimento do mundo externo existente (Stein, 1917/1998).

A evidenciação do ato da empatia também oferece contribuições importantes para a reflexão acerca da saúde mental na Atenção Primária. O ato empático se difere de todos os demais atos de percepção, pois ele tem como especificidade ser um ato que não é originário em mim, origina-se na singularidade do outro e é ofertado a mim, o que possibilita o reconhecimento do outro como semelhante a mim, porém, também diverso. Podemos viver uma experiência que é originária no outro, e esta pode nos modificar. Tal concepção nos conduz para um novo modo de compreender as relações interpessoais na saúde mental, em contraposição a um modelo de atenção à saúde que tem como foco os sintomas, diagnósticos e tratamentos. A intersubjetividade pode ter a potência do cuidado, ao oferecer a abertura para apreender o mundo e o outro em diferentes perspectivas, distanciando de concepções dualistas, certo/errado, saudável/doente, saúde/patologia, corpo/psique e o desenvolvimento mútuo.

A Atenção Primária tem como pressuposto o atendimento das famílias que vivem em uma área geograficamente delimitada, de

modo que a atenção seja contínua. As equipes buscam identificar as necessidades das famílias cadastradas, isso significa ultrapassar concepções de saúde/doença, e considerar os valores locais e individuais, bem como projetos de vida e sentido sobre saúde e adoecimento. O reconhecimento do outro singular é essencial para a elaboração de projetos comunitários, seus modos de se relacionar, as diferenças, e pode proporcionar reflexões compartilhadas, o autoconhecimento e, também, a autoavaliação dos valores próprios.

A experiência empática tem um papel fundamental para o ser humano, pois não representa somente uma ponte em direção ao outro, mas é um instrumento de conhecimento de si mesmo. É na troca recíproca de experiências e de relações humanas que podemos compreender a humanidade. A possibilidade de confronto e de relação com o outro nos permite olhar as profundezas de nós mesmos. Isso significa que a experiência de abertura à vida (seja a minha própria vida ou a do outro) é inerente tanto ao profissional que cuida, quanto à pessoa que procura ajuda, e que, se mantivermos uma atitude de curiosidade diante da experiência do outro, seja das famílias visitadas ou da diversidade entre equipe, reconhecendo-os como pessoa, anterior às definições diagnósticas e preconceitos, torna-se possível um encontro em que ambos se transformam. O cuidado deixa de ser verticalizado, guiado pelo saber científico, e torna-se horizontalizado, em que as múltiplas concepções de ser e de sofrer passam a ser constituintes daquele encontro e, como consequência, daquele projeto de vida.

Quando o profissional experimenta uma dor vivenciada pela pessoa que é cuidada, essa dor só pode ser compreendida profundamente e essencialmente pela pessoa em sofrimento, mas cada profissional, como ser humano, dotado de características comuns essenciais, pode reconhecer em si essa dor, sem ser misturado a ela. Por meio da compreensão do ato da empatia e da legitimação da possibilidade de estar com o outro, podemos encontrar novos caminhos para o cuidado. Por exemplo, frente às dificuldades que a equipe encontra no contato com a dor e com o sofrimento de famílias que ultrapassam as questões de doença, em

estrito senso, é possível se desenvolver uma atitude humanizada em dois sentidos: no reconhecimento da dor como uma experiência humana comum a todos e na limitação real do ser humano diante da possibilidade de *resolução* dos sofrimentos, em que é possível seguir juntos na adversidade e acompanhado na vivência do sofrimento (Silva & Cardoso, 2013).

O desenvolvimento de ações de saúde mental na Atenção Primária permite enfatizar não a doença, mas as necessidades que se revelam no contato com a pessoa, em busca dos valores e na constituição corresponsável de projetos contínuos. Quando estamos diante de um relacionamento com pessoas com as quais nos identificamos, este relacionar-se desperta em nós aspectos antes adormecidos, que podem emergir para a vida. Já a interação entre os diferentes modos de ser, é uma possibilidade de reconhecimento do que não somos em relação aos outros. Dessa forma, é na relação que podemos exercitar o autoconhecimento, e, ainda, realizarmos uma autoavaliação, o que, remete, necessariamente, à esfera da constituição dos **valores**.

A esfera dos valores pessoais também se manifesta através da empatia. O vínculo e a proximidade tornam possível uma experiência de confronto e avaliação de nós mesmos. Ao depararmos com o mostrar-se dos valores que por si eram não observados, aprendemos a nos avaliar gradativamente no confronto com os outros. Dessa forma, o contato dos profissionais com os moradores e vice-versa pode oferecer um momento de avaliação e autoavaliação das especificidades que se revelam entre cada um ou entre grupos. A experiência do outro auxilia na abertura e reconhecimento de novos valores, que podem ou não pertencer aos demais indivíduos, e pode ser fonte de transformação em direção a um desenvolvimento mais integral das pessoas. Trata-se do exercício da tolerância, da aceitação recíproca e da identificação dos próprios limites e dos limites do outro.

Tais reflexões são fundamentais quando consideramos a Atenção Primária como um âmbito das políticas de saúde, que pretende portar práticas embasadas numa definição de saúde

ampliada, que considere os aspectos físicos, sociais e culturais presentes nas comunidades de abrangências. A construção de grupos de promoção de saúde pode ser espaço propício para a constituição de valores, através da apropriação e reflexão dos sentidos e valores partilhados entre seus participantes, para a consolidação de um espaço que pode ser preenchido com a autenticidade de cada um. Quais valores permeiam a constituição de um projeto que se realize ao longo do tempo, seja para as famílias, para os grupos de promoção de saúde ou para as comunidades de abrangência? A constituição de um projeto responsável precisa considerar, também, a formação dos profissionais que se dedicam ao cuidado com a pessoa, ao reconhecimento de seus valores, na tentativa de compreender quais são as ideias de ser humano e de destino que perpassam suas ações.

Necessitamos, então, colocar em questão os **valores**, por meio de um olhar atento às realidades culturais, morais, sociais, econômicas e políticas, bem como colocar em evidência como os valores se expressam, também, na educação e na formação das equipes de Atenção Primária à Saúde e das comunidades de abrangência. Os valores atuais úteis às práticas em saúde se consolidam, muitas vezes, nas Universidades e nos centros de formação. Se fundam, em geral, sobre estruturas que defendem uma verdade unilateral, provocando conflitos e resistências diante do novo e do diferente, distanciando diálogos e exercícios de tolerância, resiliência e fortalecimento mútuo frente ao imprevisível ou inesperado.

A legitimação das experiências de usuários e equipe, possibilita torná-los atores corresponsáveis em suas próprias compreensões sobre sofrimento, saúde e os valores implicados. Para tal, a subjetividade e a intersubjetividade tomadas como objeto central, empreendida de forma coerente e rigorosa, possibilita o conhecimento crítico, em vistas de um reconhecimento da saúde mental como um fenômeno multifacetado e complexo (Maeder, Holanda, & Costa, 2019).

A intersetorialidade e a territorialização, como possibilidade de interlocução entre setores de proteção e de cuidado, favorecem o diálogo entre as multiplicidades, em busca de ações corresponsáveis e pautadas pelo respeito, com proteção à diversidade, incentivo aos espaços coletivos e comunitários. Possibilitam a legitimação das dimensões culturais, sociais e geográficas, desmembram-se na potência de ações que considerem as singularidades, as coletividades e as comunidades, que constituem o território de abrangência das equipes. Numa dimensão filosófica (Stein, 1933/2000), **a comunidade** é compreendida como:

Uma unidade de pessoas autônomas, espirituais e individuais, em que todos os membros são Pessoas, no sentido pleno da palavra, no qual todos participam com a alma da vida da comunidade, todos são conscientes da própria condição de membros e da própria responsabilidade na e para a comunidade (...) tal consciência de responsabilidade comunitária é também possível mesmo se nem todos os membros são pessoas livres e plenamente conscientes. (p. 249, tradução nossa)

Na consolidação dos vínculos comunitários, a compreensão e a convivência tornam-se elementos fundamentais, possibilitam novas valorações sobre os relacionamentos, a legitimação das diversidades, o exercício de escuta, que promovem um crescimento mútuo. Busca-se, a partir de um agir ético, a superação de modelos dicotômicos de inclusão/exclusão, inserção/isolamento ou discriminação/estigmatização. Tais reflexões são um convite para considerarmos subjetividades, intersubjetividades e a alteridade em prol de uma saúde ampliada e integral. Compreender o sofrimento psíquico em um movimento de abertura e de aprendizagem acerca do humano, legitimando escolhas, projetos e as próprias responsabilidades em relação ao viver e diante da vida.

## Referências

- Ales Bello, A. (2011). *Coscienza Io Mondo. La fenomenologia di Edmund Husserl*. In A. Ales Bello & P. Manganaro. *E la coscienza? fenomenologia psico-patologia neuroscienze* (pp. 101- 237). Bari: Edizioni Giuseppe Laterza.
- Ales Bello, A. (2016). *Il senso dell'umano – tra fenomenologia, psicologia e psicopatologia*. Roma: Lit Edizioni Srl – Castelvecchi.
- Alvarez, A. P. E., Vieira, Á. C. D., & Almeida, F. A. (2019). Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(04), 1-17. doi: 10.1590/s0103-73312019290405
- Baptista, J. Á., Camatta, M. W., Filippon, P. G., & Schneider, J. F. (2020). Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1-10. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0508
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.
- Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., & Lourenço, M. S. G. (2018). Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 904-914. doi: 10.4322/2526-8910.ctoar1162
- Husserl, E. (2002). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Libro Primo: Introduzione generale alla fenomenologia pura (V. Costa, trad.). Torino: Einaudi Editore. (Trabalho original publicado em 1913).
- Husserl, E. (2002). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Libro secondo: Ricerche fenomenologiche sopra la costituzione. Libro Terzo: la fenomenologia e i fondamenti

- delle scienze. (V. Costa, trad.). Torino: Einaudi Editore. (Trabalho original publicado em 1952).
- Husserl, E. (2008). *A ideia da fenomenologia*. Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1973).
- Lima, R. C. (2019). O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1), 1-5. doi: 10.1590/S0103-73312019290101
- Maeder, B. J., Holanda, A. F., & Costa, I. I. (2019). Pesquisa qualitativa e fenomenológica em saúde mental: mapeamento como proposta de método descritivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35439. doi: 10.1590/0102.3772e35439
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Recuperado de [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2019). *Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.



- Pezzella, A. M. (2007). *Lineamenti di filosofia dell'educazione. Per una prospettiva fenomenologica dell'evento educativo*. Città del Vaticano: Lateran University Press.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). 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. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017, 21 de dezembro). Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Silva, N. H. L. P. (2011). *Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma compreensão a partir da Fenomenologia de Edith Stein*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-21102013-151555/pt-br.php>
- Silva, N. H. L. P., & Cardoso, C. L. (2013). Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(2), 246-259. doi: 10.1590/S1415-47142013000200005
- Silva, N. H. L. P., & Cardoso, C. L. (2017). Cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a construção da comunidade. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 31, 218-236. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6437>
- Stein, E. (1998). *Il problema dell'empatia* (2a ed.). Roma: Studium. (Trabalho original publicado em 1917).

- Stein, E. (1999). *Psicologia e scienze dello spirito: contributi per una fondazione filosofica* (2a ed.). Roma: Città Nuova. (Trabalho original publicado em 1922).
- Stein, E. (2000). *La struttura della persona umana*. Roma: Città Nuova. (Trabalho original publicado em 1932-1933).
- Vieira, S. S. & Neves, C. A. B. (2017). Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. *Fractal: Revista de Psicologia*, 29(1), 24-33. doi: 10.22409/1984-0292/v29i1/1375



## CAPÍTULO 8

### O desafio de cuidar no território: ampliando o olhar sobre as necessidades em saúde mental

*Mara Soares Frateschi  
Carmen Lúcia Cardoso*

Este capítulo tem como objetivo discutir as necessidades em saúde mental apresentadas pelos usuários de serviços da Atenção Primária à Saúde. Trazemos à discussão os entraves, desafios e potências quanto à viabilização de práticas psicossociais de cuidado em saúde mental, no âmbito da Atenção Primária, a partir dos princípios e diretrizes que alicerçam o Sistema Único de Saúde (SUS) e embasam as políticas de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. As discussões aqui abordadas são derivadas das pesquisas de iniciação científica e mestrado intituladas, respectivamente, “Saúde Mental na Atenção Primária: Avaliação sob a ótica de usuários” (Frateschi, 2011)<sup>1</sup> e “Reabilitação Psicossocial e Estratégia Saúde da Família: Desafios no cuidado à saúde mental” (Frateschi, 2014)<sup>2</sup>, realizados sob orientação da professora Carmen Lúcia Cardoso.

No primeiro estudo, buscamos conhecer como os usuários da Atenção Primária avaliam o cuidado em saúde mental recebido de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, e, para isso, realizamos dois grupos

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Processo nº 10/07143-3. Bolsa de Iniciação Científica. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP).

<sup>2</sup> Este trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Processo nº 12/13720-9. Bolsa de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP).

focais com usuários dos serviços. Já no segundo estudo, objetivamos conhecer e compreender as práticas em saúde mental desenvolvidas por duas USFs, no que se refere à Reabilitação Psicossocial, sob a perspectiva de profissionais, usuários e familiares.

Destacamos que ambos os trabalhos foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa<sup>3</sup> correspondentes, tendo como princípio a adoção dos procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Ministério da Saúde sobre “pesquisas envolvendo seres humanos” e “pesquisas em ciências humanas e sociais” (Resolução n. 466, 2012; Resolução n. 510, 2016). A identidade dos participantes foi preservada e todos os nomes citados são fictícios.

## **1. O cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Primária: Breve panorama**

O desenvolvimento e a valorização de ações de cuidado em saúde mental, no âmbito da Atenção Primária, são consequências de um momento histórico-social de busca por novas formas de assistência à saúde, que ampliem e superem o modelo centrado no hospital, na figura do médico e focado na produção da cura. Essa nova ótica pressupõe a desconstrução da lógica de tratar apenas a doença, para, dessa forma, olhar a pessoa em seu sofrimento e suas necessidades, no contexto da comunidade (Fernandes, Matsukura, & Lourenço, 2018; Moreira & Onocko-Campos, 2017).

Em um resgate histórico, notamos que tal cenário de questionamentos e transformações do modelo assistencial é

---

<sup>3</sup> A primeira pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sob o protocolo nº 394/CEP-CSE-FMRP-USP. A segunda pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 05730712.8.0000.5407.

resultado de um amplo debate sobre as questões relativas à saúde, acontecido a partir da década de 1970, em diferentes esferas e em nível internacional. No Brasil, esse processo resultou na proposição do SUS, que consiste no arranjo organizacional do Estado que dá suporte à concretização das políticas de saúde do país.

A reorganização do sistema de saúde, concretizada por meio do SUS, está fundamentada no entendimento de “saúde” como um processo vivenciado de maneira singular por cada pessoa, ao mesmo tempo em que é atravessado por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que na literatura são frequentemente denominados como determinantes sociais da saúde. Essa compreensão, ampliada e dialética, embasa a oferta de ações mais amplas e integrais, voltadas às comunidades e aos territórios, consolidando a Atenção Primária à Saúde como o nível de atenção que coordena e oferece uma resposta integrada à maior parte das necessidades em saúde da população (Dimenstein, Macedo, Gomes, Silva, & Abreu, 2018; Souza, Amarante, & Abrahão, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (Portaria n. 2.436, 2017), a Atenção Primária consiste no conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido. Devido a sua proximidade com as famílias e as comunidades, as equipes de saúde da Atenção Primária se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde, tanto individual quanto coletiva, e tem como principal dispositivo de atuação a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF, inicialmente nomeada Programa de Saúde da Família, foi implantada em nível nacional no ano de 1994, pelo Ministério da Saúde, como resultado de experiências regionais do trabalho de agentes comunitários de saúde no combate à desnutrição infantil e

mortalidade materna na região nordeste. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde de reorientação do sistema de saúde a partir da Atenção Primária, caracterizada pelo modelo de atenção psicossocial e de base territorial. Assim, busca-se o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde, os usuários, suas famílias e suas comunidades, além de ter como foco a promoção da qualidade de vida (Eslabão, Coimbra, Kantorski, Pinho, & Santos, 2017; Fernandes et al., 2018; Portaria n. 2.436, 2017; Silva & Cardoso, 2013).

Por atuar de acordo com a lógica do cuidado integral, com maior ênfase no vínculo, as equipes de saúde atuantes no âmbito da Atenção Primária, em especial as da ESF, têm se destacado como importantes recursos de promoção e preservação da saúde mental, uma vez que estão engajadas no dia a dia da comunidade e se propondo a incorporar ações de promoção e educação para a saúde, na perspectiva da melhoria das condições de vida das pessoas e do território (Frateschi & Cardoso, 2016; Moreira & Onocko-Campos, 2017).

No campo da saúde mental, historicamente, muitos sentidos e lugares já foram atribuídos ao sofrimento mental. Dentro de um cenário de confirmação do capitalismo como sistema que privilegia o capital e as relações de mercado, a exclusão das pessoas em sofrimento mental foi se consolidando como prática de retirada de circulação daqueles que não se encaixavam em uma determinada ordem de razão e de produção (Amarante, 2017; Frateschi, 2020; Rocha & Salerno, 2018). Além disso, por serem frequentemente tidas como perigosas e improdutivas, as pessoas em sofrimento mental foram estigmatizadas por longos séculos e estiveram fadadas a permanecer à margem da sociedade, isoladas em manicômios, excluídas socialmente, em um processo de cronificação de suas condições. Ao longo dos anos, as instituições psiquiátricas se conformaram como grandes locais de improdutividade, de controle, de esvaziamento das trocas sociais, colocando a pessoa institucionalizada em uma condição de objeto - sem voz, sem direitos, juridicamente inábil, incapaz e perigoso

(Amarante, 2017; Amarante & Nunes, 2018; Frateschi, 2020; Nicácio, 1989; Rocha & Salerno, 2018).

Diante do incômodo com esse cenário, começaram a surgir os movimentos sociais que lutavam por mudanças no modo de cuidar das pessoas em sofrimento mental (Amarante & Nunes, 2018; Eslabão et al., 2017). No Brasil, esta mobilização teve início no final da década de 1970 e ficou conhecida como Reforma Psiquiátrica, adotando como referência os movimentos reformistas que vinham em curso em países como Estados Unidos, Itália e Inglaterra, com propostas de desinstitucionalização da assistência médico-psiquiátrica, atuando por meio de denúncias da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência (Amarante, 2017; Oliveira, Schneider, Nasi, Camatta, & Olschowsky, 2015; Rocha & Salerno, 2018). Esse movimento propiciou inúmeras transformações, atuando em favor de mudanças dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde mental e em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços, do protagonismo dos profissionais e usuários, enfatizando o território como *locus* privilegiado de cuidado (Ministério da Saúde, 2009; Souza et al., 2019).

Com o processo ainda em curso, a Reforma Psiquiátrica tensiona para o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e a implementação de serviços e práticas substitutivas em saúde mental, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambulatórios, leitos em hospitais gerais, serviços de urgência e emergência, além de ações na Atenção Primária, que se articulam formando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2011 (Eslabão et al., 2017; Moreira & Onocko-Campos, 2017; Portaria n. 3.088, 2011).

Do ponto de vista jurídico, a Polícia Nacional de Saúde Mental é amparada pela Lei 10.216 que fomenta o desenvolvimento de práticas substitutivas em saúde mental, com ênfase nos recursos comunitários e em atendimento extra-hospitalar, partindo da lógica de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica e da garantia



dos direitos das pessoas em sofrimento mental (Lei n. 10.216, 2001; Rocha & Salerno, 2018). Nas mais de três décadas da Reforma Psiquiátrica no país, são notáveis os avanços na área da saúde mental, por exemplo, com o fechamento de milhares de leitos em hospitais psiquiátricos absolutamente inadequados para a assistência em saúde, a inversão dos gastos públicos, que, no ano de 1977, chegou a destinar 96% do orçamento da saúde mental à assistência hospitalar, e a significativa ampliação de serviços de base comunitária (Amarante & Nunes, 2018). Todavia, no cenário mais recente, o SUS e a Reforma Psiquiátrica vêm sendo alvos de grandes mudanças e importantes retrocessos com o incentivo e financiamento de iniciativas que retomam a centralidade do cuidado nos espaços de isolamento social, em um movimento paradoxal e contrário a todo o esforço realizado até então (Amarante & Nunes, 2018; Portaria n. 3.588, 2017; Rocha & Salerno, 2018).

Frente a esse cenário, acreditamos ser necessária a atualização das lutas e resistências, reiterando a Reforma Psiquiátrica como movimento ainda em curso, atuando em prol dos direitos das pessoas em sofrimento mental e da superação da lógica do isolamento social. Tendo em vista o exposto, consideramos que os serviços da Atenção Primária, notadamente a ESF, configuram-se importantes ferramentas para a (re)inserção da pessoa em sofrimento mental na sociedade, articulando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica de tal maneira a se constituir parte de uma rede de cuidados substitutivos, buscando a construção de estratégias pautadas no encontro, focadas na pessoa de maneira integral, entendendo a doença como parte de um processo e tendo o território como base de atuação (Dimenstein et al., 2018; Eslabão et al., 2017; Silva & Cardoso, 2013).

Os recursos e potencialidades da Atenção Primária, com relação ao cuidado em saúde mental, é uma temática que vem ganhando destaque na literatura nacional e internacional e embasa diversas pesquisas, que vêm contribuindo para o avanço dos processos de desmistificação do sofrimento mental e de consolidação de práticas de cuidado mais amplas (Dimenstein et al., 2018; Eslabão et al., 2017;

Fernandes, et al., 2018; Moreira & Onocko-Campos, 2017; Silva & Cardoso, 2013). Neste trabalho, buscando discutir as necessidades em saúde mental apresentadas pelos usuários de serviços da Atenção Primária, utilizamos as transcrições de dois grupos focais realizados com usuários de dois serviços (sendo uma USF e uma UBS) e 26 entrevistas individuais com usuários, familiares e profissionais de duas USF.

Os grupos focais e as entrevistas foram transcritos na íntegra e submetidos à Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 1977/2011), utilizando-se a abordagem qualitativa em pesquisa (Minayo, 2012). Para a Análise de Conteúdo Temática, percorremos três etapas: *Pré-análise*, que consiste na leitura flutuante dos textos, tomando contato exaustivo com o material, buscando responder às normas de validade quanto a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; *Exploração do material*, que consiste na codificação dos dados através de recortes, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo capaz de esclarecer o pesquisador sobre as características do texto; *Tratamento dos resultados e interpretação*, na qual os resultados brutos são categorizados, e realizam-se inferências a partir dos recortes e agrupamentos elaborados, isto é, interpretações sobre o conteúdo analisado (Bardin, 1977/2011).

## **2. O ponto de vista dos usuários: necessidades em saúde mental e o cuidado recebido**

Como ponto de partida para a discussão proposta, serão apresentados trechos dos grupos focais e das entrevistas, em que os usuários descreveram as necessidades em saúde mental que os motivaram a buscar ajuda nos serviços da Atenção Primária e as consequentes estratégias desenvolvidas visando este cuidado.

*Esse ano, em fevereiro, morreu um neto meu de acidente com 18 anos. [...] Então, naquele momento eu senti que eu ia ter, ai, (suspiro), sabe? Foi difícil, chorei muito, botei tudo pra fora, nossa [...] Eu corri pros braços das meninas aqui [da*

USF], corri lá pro Dr. Mário, “Ah, doutor, me ajuda!” e ele falou: “Eu vou te passar um antidepressivo e você vai tomar”. Sabe? “Mesmo se você não estiver precisando”. “Doutor, eu não tô precisando, eu tô precisando só de uma palavra”. “Não, tsc tsc, você vai tomar!” Entendeu? Então eu tive apoio, muito apoio. (Ruth, 61 anos, trecho do grupo focal na USF)

Pedro: Por exemplo, nunca me falaram, objetivamente, o que que eu tenho.

Cláudia: É que nem eu.

Pedro: Ninguém tem um diagnóstico preciso... (É interrompido)

Cláudia: Olha, eu tô tomando o que, quatro Diazepam... o Diazepam noite com um comprimido amarelo, metade, para dormir, nem lembro mais o nome daquilo; tomando quatro Fluoxetina, de manhã e à tarde, e tô tomando uma vitamina que não para aqui ó (aponta a garganta). Não consigo comer, se eu almoço, eu não janto. Se eu janto, eu não almoço.

Pesquisadora: Você toma um monte de remédio e não sabe pra quê...

Cláudia: Nem sei pra quê! De vez deu engordar, tô emagrecendo. De vez deu melhorar, um dia eu tô sorrindo, um dia eu tô alegre, no outro dia eu tô querendo bater em um, no outro dia eu tô querendo ficar debaixo da cama, outro dia eu quero torcer o pescoço de alguém. Então, tô sem personalidade.

Ruth: Muito duro isso aí, né?

Pedro: Comigo acontece isso também. [...] Tem dia que você quer fazer um monte de coisa, tem dia que você não quer fazer nada. (Trecho do grupo focal na USF)

Em seu depoimento, Ruth valorizou o suporte recebido da equipe da USF, diante da situação de morte repentina de um de seus netos. O relato da usuária sugere que os profissionais desse serviço foram capazes de acolhê-la em seu sofrimento, provavelmente devido ao vínculo estabelecido anteriormente, ainda que aparentemente a conduta estivesse pautada na intervenção medicamentosa e com pouco espaço para diálogo e negociação. Ruth, assim como outros usuários, posicionou-se ativamente em seu processo saúde/doença, podendo fornecer informações importantes sobre suas condições e intervir juntamente com os profissionais em favor de sua saúde. Por outro lado, os participantes Cláudia e Pedro revelaram desconhecer seus diagnósticos, não saber por que ingerem grande quantidade de

medicamentos e não entender o motivo pelo qual não percebem melhora, uma vez que estão medicados. Cláudia referiu já ter experimentado muitos medicamentos e descreveu que vinha enfrentando dificuldades para reconhecer a si própria, questionando se seus atos eram decorrentes das medicações ou de sua própria condição. Por meio das análises, observamos a potência da participação das pessoas nos processos de decisão sobre sua saúde, contribuindo para a autonomia e o autoconhecimento, pois, do contrário, a fragmentação desses processos pode estar associada aos sentimentos de alienação quanto a si próprio, angústia, sensação de abandono, de despersonalização, de não se reconhecer em si mesmo, tal como descreveram Cláudia e Pedro.

No depoimento a seguir, a participante Isaura apontou a necessidade de dispor de maior abertura para negociação com os profissionais que lhe atendiam e indicou a limitação da prática centrada no alívio dos sintomas, tendo em vista uma compreensão dos aspectos psicológicos como componentes importantes do processo saúde/doença.

*Muitos de vocês pode não concordar: [...] a doença nossa, é a na pele? É! É na carne? É! Mas, muito ajuda essa doença, aqui ó (aponta a cabeça). É muita preocupação que você tem; é a vida que você leva, entendeu? E você não tem como... Você vai no médico, é, você vai no clínico geral, ele só pode te dar o remédio; você vai no cardiologista, ele só pode te dar o remédio pra calmante e pro meu coração. [...] O meu caso é terapia. Onde que eu vou achar essa terapia? (Isaura, 41 anos, participante do grupo focal na UBS)*

Isaura indicou não se sentir satisfatoriamente acolhida e escutada na totalidade de suas necessidades e afirmou a importância de profissionais que dessem suporte às suas demandas de ordem psicológica. Consideramos que as modalidades de cuidado pautadas na promoção de ações integrais e contínuas podem contribuir para o bem-estar do usuário, podendo encurtar as reincidências das crises e possibilitar que encontrem nos serviços algumas das respostas que buscam para os sentidos da realidade

em que está inserido e não apenas um atendimento pontual a um determinado aspecto de seu sofrimento.

Observamos pelos relatos dos participantes, que o cuidado recebido estava predominantemente baseado na racionalidade biomédica, organicista, cuja atuação se dá por protocolos e com ênfase na terapia medicamentosa para controle dos sintomas. Entretanto, nos grupos e entrevistas, notamos que as necessidades apresentadas pelos usuários extrapolaram o controle dos sintomas e abarcaram o desejo de dispor de um espaço de escuta, acolhimento, troca interpessoal, além de esclarecimentos e negociações sobre o projeto terapêutico. O cuidado pautado na escuta ativa e interessada das necessidades de Ruth, Cláudia, Pedro e Isaura poderia ter favorecido a consolidação dos vínculos entre usuários e equipes, contribuindo para que se sentissem acompanhados e apropriados de conhecimentos sobre si, o que poderia refletir em maior autonomia e na ampliação das possibilidades de agir em saúde, superando o foco sobre a doença.

No recorte a seguir, Amanda descreve a situação que a fez buscar ajuda na USF, referindo algumas crenças sobre sua condição e a conduta proposta pela equipe de saúde.

*[Busquei a USF] Por causa que eu tô com depressão. Ah, eu não sei, é depressão e um outro problema que ele falou que tem que é de humor. [...] É um transtorno que parece que não tem cura. Que eu vario de humor mais de 10 vezes por dia. Aí, eu tô fazendo tratamento. [...] Faz quase 10 anos. [...] Aí, é uma tristeza que não dá pra explicar. É tristeza, tem hora que eu tô bem, tem hora que eu não tô. Não dá pra... Não sei explicar. É uma coisa muito ruim. [...] Eu não tenho paciência com nada. Eu não sei esperar nada. Ao mesmo tempo que eu espero, passa cinco minutos, eu já não quero esperar mais. [...] Tem dia que eu não consigo me controlar. [...] Não melhorou [com o uso da medicação]. Ele amenizou. Mas não melhorou. Eu achava que ia melhorar bem mais. Só que não adianta. Não melhora. [...] Eu tô afastada do emprego. O doutor me afastou. [...] Porque no meu serviço era a mesma coisa. Eu não tava bem. [...] Aí, o Dr. Mário agora vai me dar o laudo e vai me dar o atestado por tempo indeterminado, porque ele falou que não sabe até onde vai. [...] Mas eu acho, assim, que no meu caso, acho que não tem muito o que fazer. Porque o meu*

*é uma doença que não tem cura. Eu vou continuar com isso pro resto da vida.* (Amanda, 24 anos, usuária da USF)

Ao longo de sua entrevista, Amanda apresentou algumas hipóteses diagnósticas confusas e a crença de que sua doença não tinha cura. Acrescentou, ainda, que o tratamento medicamentoso prescrito pelos profissionais da USF não havia apresentado, até aquele momento, o êxito desejado. Consideramos que conhecer e compreender o diagnóstico consiste parte importante do processo de cuidado e, nesse sentido, se Amanda tivesse tido a oportunidade de dialogar mais sobre sua saúde, na tentativa de perceber-se nesse processo de sofrimento, para além do sintoma, analisando e experimentando alternativas de cuidado à saúde mental complementares às medicamentosas, talvez o enfrentamento da situação relatada por ela pudesse representar um processo menos confuso e misterioso, cuja melhora não estivesse unicamente atrelada ao efeito da medicação. A crença de que possui uma condição incurável poderia, inclusive, comprometer a continuidade do tratamento de Amanda, dado que a usuária acreditava que o problema estava nela e não havia o que um serviço de saúde pudesse fazer. Essa forma de compreender sua situação poderia intensificar o isolamento e possivelmente o sofrimento, uma vez que poderia comprometer a motivação da usuária para buscar ajuda.

Inferimos que administrar os medicamentos e propor o afastamento do emprego podem representar uma ajuda significativa na condição de Amanda, entretanto, tal conduta se atrelada a uma série de outras estratégias, no âmbito da atenção psicossocial, poderia oferecer um cuidado integral, como por exemplo, nesse caso, ajudá-la a significar seus sintomas, organizar sua rotina, administrar o tempo em que ficará em casa em função do afastamento, procurar atividades que lhe façam bem, constituir uma rede de apoio social, entre outras. Nessa lógica, as práticas interdisciplinares ganham especial relevo, pois a combinação de saberes de diferentes áreas tais como psicologia, psiquiatria, terapia

ocupacional, educação física e serviço social pode fomentar ações que auxiliem o usuário a se reposicionar em sua história e a reatualizar seus projetos de vida e de futuro.

As participantes Regina e Beth também relataram as necessidades em saúde mental que as fizeram recorrer à USF:

*Eu sou uma pessoa meia assim... “meia”, não, inteira tensa, nervosa. Mas, aí, eu tô tratando já, com eles [na USF] já há alguns anos. [...] Eu sempre fui assim, só que eu nunca tinha tratado. Antes daqui eu nunca tinha tratado. E alguns probleminhas de sintoma, assim, eu tinha desde criança. Mas, a gente não tinha muita informação, né? [...] O tratamento é aqui nessa consulta conjunta, tem o psiquiatra e tem os outros alunos, acho que alunos, residente, né? E tá me ajudando bastante com a medicação. Eu já fiz aqui uma vez com a psicóloga daqui e foi muito bom, apesar de não ter sido continuada. Porque não tem muito, né, psicólogos aqui [...] (chorando). Tem hora que eu acho que eu não vou aguentar. Ainda bem que tinha consulta hoje. Porque às vezes não é tão perto. Às vezes, a gente precisa de ajuda, mas... Eles não podem atender porque tem muita gente aqui precisando. Mas a gente não quer mostrar esse lado da gente, fraco, entendeu? Foi até bom porque eu falei aqui [na entrevista], se não capaz que eu ia chorar lá. [...] Eu odeio mostrar que eu tô fraca, entendeu? A gente tem que mostrar forte. (Regina, 43 anos, usuária da USF)*

*Na realidade, eu tenho uma sobrecarga muito grande. É esse aqui [aponta o filho de 25 anos, acamado devido à anoxia neonatal], que eu tenho que cuidar, é marido, é a casa... é o filho que eu te falo que de madrugada eu tenho que levar no trabalho. Eu tenho que tomar um calmante tarde e eu não consigo acordar cedo. [...] Porque, às vezes, tem dia que eu acordo tão depressiva, tão triste. Eu não posso assistir um filme mais! É uma tristeza! Que eu já começo a encher meu olho de água querendo chorar. Tudo me faz chorar! Tudo! Então, menina, é difícil pra mim. [...] Então, porque eu tento mostrar pros meus filhos que eu tô bem, que eu tô com saúde, tipo assim, que eu vou ser uma mãe eterna. Uma mãezona. [...] Eu sou forte nada, bem. No dia que eu fui fazer minha perícia, o tanto que eu chorei! O médico falou que eu tenho depressão. (Beth, 49 anos, usuária da USF)*

Na observação participante, tivemos a oportunidade de presenciar a consulta de Beth na USF, momento em que estavam presentes a usuária e diversos profissionais da equipe. Na ocasião, o especialista em saúde mental a aconselhou que cuidasse mais de si e reservasse mais tempo para atividades que lhe fizessem bem. No entanto, não foram exploradas possibilidades concretas de viabilizar essas indicações. Beth concordou com o profissional, mencionando que gostaria de iniciar uma atividade física. Na sequência, sem que o comentário da usuária provocasse novas reflexões, foi enfatizado o uso correto da medicação e Beth foi interrogada sobre a possibilidade de começar uma psicoterapia no próprio serviço. Foi entregue a receita da medicação e a consulta foi encerrada. Após a saída de Beth, o profissional especializado em saúde mental apontou a grande probabilidade dessa usuária desencadear um quadro de depressão, caso viesse a enfrentar a perda do filho acamado.

Ao longo das entrevistas, Regina e Beth relataram uma miscelânea de histórias, queixas, desconfortos e desejos. Entretanto, observamos que a conduta da equipe, frente às suas necessidades, estava limitada a procedimentos: consulta, medicação e psicoterapia. Regina, apesar de valorizar o cuidado que recebia, apontou para a necessidade de dispor de mais espaços de diálogo e de interação com a equipe. Observamos que o próprio momento da entrevista, quando a pesquisadora se colocou à disposição para ouvi-la, foi significado por ela como uma oportunidade para falar de si e de seus conflitos. No caso de Beth, observamos que, embora, na consulta, tenha sido possível a menção a estratégias complementares à medicação, não foram discutidas formas de viabilizá-las, por exemplo, problematizando quem seriam as pessoas que poderiam alternar com ela os cuidados do filho acamado, ou como garantir momentos de privacidade e de descanso, considerando seriamente os grandes desafios dessa mãe, na perspectiva do cuidado psicossocial de base territorial.



Ao analisarmos o material, inferimos que, se os usuários tivessem tido a oportunidade de compartilhar e significar suas vivências, por meio de um contato mais humanizado, integral e continuado, tanto com a equipe de saúde quanto com a comunidade, novas e outras formas de interação poderiam ter sido desenvolvidas, superando a parcialidade da doença e buscando a integralidade da pessoa (Souza et al., 2019). Não se trata, portanto, de desconsiderar o saber da clínica médica, em prol de alternativas não medicamentosas. Pelo contrário: buscamos reconhecer os limites e unir os saberes, visando a construção de novas alternativas que superem a fragmentação do cuidado e avancem para o território, a partir de um olhar ampliado e integrado.

Consideramos que, diante da complexidade apresentada pelos usuários, as equipes da Atenção Primária propuseram intervenções predominantemente pautadas na lógica biomédica, com pouco aprofundamento sobre aspectos psicológicos, redes de apoio, áreas de interesse, projetos de vida dos usuários e suas famílias. A ênfase foi dada à terapia medicamentosa e à psicoterapia e as alternativas que transcendem essa lógica pareceram pouco exploradas. Diante desse cenário, questionamos: como ajudar os usuários e as equipes a significarem o sofrimento mental para além do diagnóstico psicopatológico? Como auxiliar os usuários a identificarem e fortalecerem suas redes de suporte social? Como acompanhá-los na adversidade, buscando, conjuntamente, caminhos para melhorar a situação vivida? Tais questionamentos oportunizam um olhar para a pessoa humana com suas singularidades e dentro de seu contexto, visando à ampliação do cuidado, o que abarca o acolhimento, o encontro de subjetividades, a longitudinalidade do cuidado e a corresponsabilização pelas situações vividas (Frateschi, 2020; Silva & Cardoso, 2013).

A análise realizada a partir dos grupos focais e entrevistas aponta que as questões relativas ao cuidado em saúde mental estão profundamente enraizadas nos territórios e nas redes de relações estabelecidas pelas pessoas. Dessa forma, entendemos que o sofrimento descrito pelos usuários não diz respeito

estritamente a eles como indivíduos, mas, sim, a todo o contexto que integram. Aspectos como o afastamento do emprego, a doença do filho, as relações conturbadas com familiares, entre outros, estão diretamente relacionados ao sofrimento relatado pelos usuários e compõem as necessidades em saúde, quando estes buscam ajuda nos equipamentos da Atenção Primária. Consideramos que, se tais necessidades pudessem ser seriamente exploradas pelas equipes, juntamente com os usuários e seus familiares, as intervenções poderiam ser mais abrangentes e conectadas com o cotidiano das pessoas, complementando as estratégias biomédicas já tão consolidadas.

Conforme pudemos perceber nos relatos, estar em sofrimento mental não pressupõe incapacidade ou inabilidade, pelo contrário, todas os entrevistados se posicionaram diante de suas próprias vidas, expondo tanto as necessidades quanto o desejo de superação. Destacamos que os usuários valorizaram o cuidado recebido, relatando que o suporte ofertado pela Atenção Primária é de grande ajuda. Entretanto, consideramos fundamental que as ações no nível primário de assistência transcendam a doença mental e a remissão de sintomas e se comprometam com a pessoa, visando à continuidade de seu percurso de vida, desenvolvendo e criando continuamente novas modalidades de lidar com a loucura e com o sofrimento humano (Ministério da Saúde, 2009; Silva & Cardoso, 2013).

### **3. Perspectivas de profissionais e familiares: desafios na superação das práticas médico-centradas**

Para uma abordagem transversal do tema, também foram entrevistados profissionais e familiares de usuários de duas USF. Os recortes a seguir ilustram compreensões dos participantes sobre as necessidades em saúde mental, apresentadas pelos usuários, e o papel do serviço de saúde frente a elas.

*Você vê, hoje eu queria falar com você, mas todo mundo que a gente entra no consultório, quer falar um pouco de si, do problema que tá passando, muitas vezes não é nem problema clínico, né, mas a pessoa quer contar um pouco dela, do momento que ela tá passando... [...] Então, assim, tem muita demanda, a gente não dá conta. (Raquel, Médica de Família)*

*Eu falo baseado em mim. Pra mim, voltar a trabalhar foi o medicamento que eu precisava: usar a minha cabeça. [...] Uma orientação [que a USF poderia dar para Amanda] é pra que ela firme no emprego. Não sei. As vezes o que é bom pra mim não é bom pra ela, né? Cada um é cada um. (Matilde, Familiar/Sogra de Amanda)*

Notamos, a partir das entrevistas, que a Atenção Primária recebe, além de queixas pontuais de dor ou desconforto, uma grande demanda dos usuários por contato humano, por ser ouvido ou por compartilhar as situações vivenciadas, como ilustra o relato da médica Raquel. Consideramos, a partir das análises realizadas, que a sensação de solidão, de estafa ou de ausência de sentido da vida pode estar atrelada a um cenário de sobrecarga de tarefas, ritmo acelerado de trabalho, incentivo ao consumo, pressão excessiva visando à produção, relações interpessoais escassas e superficiais, desigualdade social, má distribuição de renda, entre outros determinantes sociais de saúde. Nessa perspectiva, apontamos a necessidade de tais aspectos serem incluídos nos projetos terapêuticos, como questões que atravessam o sofrimento mental, de forma que o usuário, sua família e o serviço de saúde possam firmar parcerias que visem ao cuidado em saúde mental e à continuidade dos projetos de vida.

Apresentamos, também, o relato de Matilde, sogra de uma usuária entrevistada, que recorreu à sua experiência pessoal e àquilo que conhecia de sua nora para se posicionar e sugerir possíveis condutas para a equipe da USF, mostrando a potência de os familiares também serem incluídos nos processos de cuidado, como importantes fontes de saber e suporte. Comumente, o sofrimento mental de um membro da família diz respeito e reflete a dinâmica de seu meio social e familiar, de modo que um plano de

cuidados traçado *junto com* e não *sobre* as famílias, abre a possibilidade da criação de ações mais abrangentes e voltadas ao contexto em que se vive, para além dos sintomas, além de firmar relações de horizontalidade, coparticipação e corresponsabilização pelo cuidado (Eslabão et al., 2019; Fernandes et al., 2018; Frateschi, 2020; Oliveira et al., 2015).

Romper com a lógica do modelo médico-hegemônico, tão amplamente arraigado nas práticas em saúde, centrada no hospital e no saber médico é um grande desafio, como vemos nos relatos apresentados a seguir:

*Assim, a princípio todo paciente que chega aqui, assim, independente da queixa, mas é mais ligado à saúde mental, a gente leva para o acolhimento, né, e assim, quando eu detecto que é alguma coisa, que tem algum sofrimento mental, que tem bastante, né, hoje, a gente geralmente encaminha pro médico, né, mesmo que seja aquele que não tenha vaga, a gente discute o caso, entende? Porque a gente sabe que chega paciente com ideação suicida, né, muitas coisas assim, então a gente nunca manda o paciente embora sem estar passando, né, com o médico. (Andreia, Auxiliar de Enfermagem)*

*Eu escuto. Porque não tem muito o que fazer. A gente escuta. Aí, dependendo da demanda da pessoa, a gente encaminha pra consulta médica, se exige uma demanda medicamentosa. Às vezes a demanda é psicoterapia, só que a gente não tem psicoterapia. Às vezes a gente conversa e depois eu discuto com a psicóloga uma possível visita. A gente usa muito isso, assim, quando não é medicamentoso, é psicossocial mesmo a questão, a gente pede apoio pra ela. [...]. Porque senão, chegou uma época que tava parecendo ambulatório, sabe? A outra psicóloga atendia individualmente, pacientes agendados e que acompanhava várias vezes. E não é o papel da residência deles, o papel da psicologia dentro da atenção básica. (Gabriela, Enfermeira)*

A auxiliar de enfermagem, Andreia, relatou que sua conduta, ao identificar que o usuário apresentava alguma demanda relacionada a sofrimento mental, consistia em providenciar que esse paciente fosse consultado pelo médico. Esse relato é

representativo de uma lógica de trabalho centrada no profissional médico, que acaba sobrecarregado, ao passo que outras intervenções são pouco exploradas e experimentadas. Nesse modelo de atuação predomina, ainda, uma hierarquia entre os profissionais que compõem a equipe, uma vez que fica depositada no médico a responsabilidade por conduzir a situação. A centralidade desse profissional dentro dos processos de trabalho é reforçada, ainda, pelo fato dos usuários frequentemente buscarem na medicação o apoio e o suporte que não encontram nas redes de relações, e, nesse sentido, por ser o único que medica, esse profissional é tido como o mais importante e fundamental. Segundo Moreira e Onocko-Campos (2017), essa perspectiva revela uma contradição, uma vez que o sofrimento mental passa a ser encaminhado como demanda de trabalho medicamentoso ou psiquiátrico, apesar de os profissionais entenderem que a integralidade e o olhar ampliado para o sujeito são pilares da atuação em saúde mental na Atenção Primária.

A enfermeira Gabriela, em seu relato, explicitou alguns entraves que impediam a superação dessa lógica de trabalho. A profissional descreveu um sentimento de impotência, de paralisia, frente aos casos de sofrimento mental, como se sua possibilidade de atuação se limitasse à escuta, uma vez que, de acordo com ela, não é possível ir além disso. Diante desse sentimento de não saber o que fazer, os profissionais lançam mão dos procedimentos, como se buscassem um porto seguro, porém permanecem afastados da realidade concreta dos territórios de existência dos usuários, em contraposição às premissas presentes nas políticas públicas (Fernandes et al., 2018; Moreira & Onocko-Campos, 2017).

O distanciamento entre o trabalhador e as práxis transformadoras geram entraves que compõem o cotidiano do trabalho, pois ficam esvaziadas quaisquer possibilidades de desenvolvimento de novas estratégias, que superem a oferta da consulta, do remédio e do encaminhamento. Franco e Merhy (2012), considerando o debate em torno da mudança do modelo tecnoassistencial em saúde, ressaltam a natureza relacional do

trabalho em saúde, atribuindo lugar de destaque ao trabalho vivo em ato. Os autores apontam que, apesar do trabalhador da saúde dispor de certo grau de liberdade, muitas vezes acaba capturado pela mecanicidade do cotidiano, impelido a reproduzir a lógica centrada no ato prescritivo, alto consumo de insumos e procedimentos. Como consequência, o desenvolvimento de estratégias transformadoras se torna uma difícil tarefa, uma vez que se recorre sempre às mesmas ferramentas já conhecidas.

### **Considerações Finais**

O processo de transformação das práticas em saúde é lento, pois é resultado de um movimento de reflexões sobre as atribuições dos serviços de saúde, de questionamentos acerca das contradições presentes nas práticas e da elaboração e experimentação de novas ações. Trata-se, portanto, de um árduo trabalho que implica o desenvolvimento de estratégias mais comunitárias e coletivas, investindo em ações que vão além dos consultórios, de forma que as equipes da Atenção Primária, notadamente da ESF, possam contribuir para o desenvolvimento de um território mais saudável. Das análises, observamos que, apesar de os profissionais se mostrarem interessados e disponíveis para a escuta, a prática ainda é atravessada pelo modelo em que o serviço se apresenta disponível para ser acionado pelo usuário, nos momentos de desconforto quando, então, atua sobre os sintomas visando ao alívio, sem que sejam exploradas outras intervenções, mais amplas e comunitárias. Partindo de observações como essas, diversos estudos sinalizam ser premente o desenvolvimento de ações de educação permanente e qualificação dos profissionais, bem como de matriciamento dos casos mais complexos, com o intuito de potencializar as equipes de saúde, inseridas na Atenção Primária (Dimenstein et al., 2018; Fernandes et al., 2018; Moreira & Onocko-Campos, 2017; Souza et al., 2019).

Esse estudo objetivou discutir as necessidades em saúde mental apresentadas por usuários da Atenção Primária. A partir

das análises, observamos que o sofrimento mental possui estreita relação com aspectos do contexto no qual se insere. Desse modo, considerando a complexidade das situações vivenciadas e os princípios que alicerçam o SUS, incentivamos que as ações mais pontuais, como as consultas e a medicalização, estejam permanentemente associadas a uma série de outras estratégias, no âmbito da atenção psicossocial, que possibilitem o acompanhamento do usuário em seu percurso de significação dos sintomas e de busca por melhores condições de vida. O Ministério da Saúde (2009) afirma que, quanto mais o sofrimento for compreendido e correlacionado com a vida, menos oportunidade haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde. Tenciona-se, assim, a oferta de intervenções mais abrangentes e conectadas ao cotidiano, compreendendo o sofrimento mental como intrínseco à condição humana, atravessado pelas circunstâncias contextuais e relacionais vividas pelas pessoas.

Nesse contexto, torna-se necessária uma mudança de olhar que busque saber além do que a pessoa apresenta de “igual”, o que ela apresenta de “diferente”, de singular, trabalhando na perspectiva da equidade (Ministério da Saúde, 2009; Souza et al., 2019). Assim, abre-se a possibilidade de os profissionais entrarem em contato e se apropriarem do contexto real no qual se inserem as famílias e as comunidades, de forma que a atuação dos serviços não fique restrita ao abrandamento do sofrimento, mas possa abarcar, também, as questões que o atravessa, por exemplo: conflitos familiares, situações de violência, solidão, falta de emprego ou de moradia. Espera-se, desse modo, que o usuário acione o serviço para cuidar de seu projeto de vida e que a equipe possa acompanhá-lo, integrando esse projeto, mobilizando recursos e firmando parcerias com outros equipamentos sociais, em um processo de resgate da cidadania.

## Referências

- Amarante, P. D. C. (2017). *Teoria e Crítica em Saúde Mental: Escritos Selecionados* (2a ed.). São Paulo, SP: Zagadoni.
- Amarante, P. D. C., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Ed. rev.). Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Dimenstein, M., Macedo, J. P., Gomes, M., Silva, T. M., & Abreu, M. M. (2018). A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud & Sociedad*, 9(1), 070-085. doi: 10.22199/S07187475.2018.0001.00004
- Eslabão, A. D., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B., & Santos, E. O. (2017). Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), e60973. doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.60973
- Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., & Lourenço, M. S. D. G. (2018). Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 904-914. doi: 10.4322/2526-8910.ctoar1162
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-63. Recuperado de <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>
- Frateschi, M. S. (2011). *Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários* (Trabalho de Conclusão de Curso). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.



- Frateschi, M. S. (2014). *Reabilitação Psicossocial e Estratégia Saúde da Família: Desafios no cuidado à saúde mental* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-10022015-171402/pt-br.php>
- Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2016). Práticas em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. *Psico*, 47(2), 161-170. doi: 10.15448/1980-8623.2016.2.22024
- Frateschi, M. S. (2020). *Vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental: estudo compreensivo e longitudinal a partir da alta da internação psiquiátrica* (Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-29062020-114821/pt-br.php>
- Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
- Moreira, M. I. B., & Onocko-Campos, R. T. (2017). Ações de Saúde Mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 462-474. doi: 10.1590/s0104-12902017171154

- Nicácio, M. F. (1989). Da instituição negada à instituição inventada. In A. Lancetti, A. C. Cesarino, S. Yasui, P. Mascarenhas, I. Marazinha, M. F. Nicácio, & G. Baremlitt (Orgs.), *Saúde loucura* (n. 1, pp. 91-108). São Paulo, SP: Hucitec.
- Oliveira, G. C., Schneider, J. F., Nasi, C., Camatta, M. W., & Olschowsky, A. (2015). Family Expectations about a Psychiatric Unit. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(4), 984-992. doi: 10.1590/0104-0707201500000770014
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). 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. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017, 21 de setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017, 21 de dezembro). Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 de dezembro). Aprova as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. (2016, 07 de abril). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos

maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)

Rocha, R. M. G., & Salerno, C. B. (2018). Pesquisa documental sobre o Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel. *Memorandum*, 34, 82-103. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6860/4414>

Silva, N. H. L. P., & Cardoso, C. L. (2013). Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(2), 246-259. doi: 10.1590/S1415-47142013000200005

Souza, A. C., Amarante, P. D., & Abrahão, A. L. (2019). Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1677-1682. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0806

## CAPÍTULO 9

### **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - relações entre pais-bebê-profissionais de saúde**

*Daniel Nardini Queiroz Pergher*

*Leticia Costa Godinho Pergher*

*Lícia Barcelos de Souza*

*Carmen Lucia Cardoso*

As experiências de maternidade e paternidade sempre estiveram enredadas nos ideais construídos socialmente e na modernidade a notícia de uma gestação, que será levada a termo, mobiliza os pais e a família para a chegada e acolhimento do bebê. Assim, é esperado que os pais passem a se dedicar a uma série de cuidados, que vão da realização do acompanhamento pré-natal ao planejamento e providências associadas às mudanças da vida futura da família.

Ao longo do tempo, foi sendo construído um consenso (Moreira, Braga, & Morsch, 2003; Neves, Zimmermann, & Broering, 2021; Raad, Cruz, & Nascimento, 2006) na compreensão de que as expectativas frente à chegada do bebê também desencadeiam uma série de processos subjetivos e intersubjetivos, principalmente nos pais, que passam a “sonhar” o bebê, amparados na capacidade imaginativa: Como será o bebê? Com quem vai se parecer? Qual a primeira roupinha que vai vestir? De forma ambivalente, esse processo imaginativo também coloca os pais em estado de prontidão frente aos medos e angústias associadas aos possíveis riscos de saúde da mãe e do bebê, às vulnerabilidades da vida e, principalmente, às responsabilidades de cuidar de uma vida que começa tão frágil. Independentemente se já são pais ou se serão “marinheiros de primeira viagem”, o bebê já começa a existir no imaginário dos pais antes do seu nascimento.

Outro aspecto importante a ser considerado é que essas expectativas são compartilhadas entre as pessoas que pertencem a um círculo social íntimo, formado por membros da família, como avós, irmãos, irmãs e amigos próximos, sendo que outras pessoas são incluídas nesse círculo, na medida da necessidade de apoio e suporte especializado ao desenvolvimento e bem-estar da dupla mãe-bebê, como os obstetras, pediatras, enfermeiras e doulas (Moreira et al., 2003).

No entanto, a chegada do bebê pode acontecer em condições adversas àquela imaginada pelos pais e, dentre essas condições, está a dos recém-nascidos de risco, em que se incluem os bebês pré-termo de muito baixo peso, que vão exigir cuidados especializados e, na maioria das vezes, da hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Diante desse contexto, baseado em um recorte dos dados da pesquisa da dissertação de mestrado de um dos autores (Pergher, 2010), o capítulo pretende apresentar e discutir alguns sentidos, presentes nas vivências de pais, com relação aos cuidados que recebem da equipe de saúde dedicada aos seus bebês prematuros de muito baixo peso, no período de hospitalização e as implicações das relações estabelecidas com os profissionais da saúde na formação do vínculo entre pais e o bebê. A discussão será embasada em conceitos de autores da psicanálise que abordam os processos intersubjetivos presentes na formação dos vínculos primordiais entre pais e bebês, bem como nos estudos que abordam as relações entre pais e os profissionais de saúde que promovem o cuidado de bebês no contexto de uma UTIN.

### **Os desafios da inclusão dos pais nos cuidados de bebês de risco no período de hospitalização**

O grupo de crianças pré-termo, definido pela idade gestacional inferior a 37 semanas, com peso abaixo de 1500 gramas, é vulnerável do ponto de vista biológico e constitui um grupo de alto risco, ou seja, são crianças mais suscetíveis de apresentar

padrões de desenvolvimento incompatíveis com sua faixa etária, em comparação aos indivíduos da população em geral (Formiga & Linhares, 2009). Portanto, na maioria das vezes, necessitam ser internadas em uma UTIN ao nascer:

A UTIN é um espaço reservado no hospital para tratamento de recém-nascidos prematuros, que necessitam de cuidados 24 horas por dia, e de bebês que apresentam algum tipo de problema ao nascer. (...) É um ambiente sociotécnico complexo, repleto de aparelhos sofisticados. Os enfermeiros e os profissionais de enfermagem de nível médio e/ou fundamental (técnicos e auxiliares) estão entre os profissionais que, junto aos médicos, formam a estrutura básica de uma equipe de cuidados intensivos neonatais. (...) São esses profissionais que convivem a maior parte do tempo com os bebês-usuários-pacientes e são responsáveis pelo seu cuidado direto. (Gomes, Masson, Brito, & Athayde, 2011, p.138)

Nessa breve descrição, considera-se que uma UTIN é um ambiente frequentemente associado às ideias de finitude e possibilidade iminente de morte, principalmente pela família (Schmidt, Sassá, Veronez, Higarashi, & Marcon, 2012). A quantidade de aparelhos conectados a um bebê de aspecto frágil, a assepsia e os profissionais de saúde circulando oferecem as imagens que podem nutrir uma fantasia sobre as poucas chances de os pais poderem estar presentes e colaborarem para o desenvolvimento do recém-nascido, uma vez que o conhecimento e práticas especializadas se sobrepõem ao cuidado doméstico.

No entanto, o desenvolvimento desfavorável de um bebê pré-termo de muito baixo peso é influenciado tanto pelas condições do nascimento e complicações médicas, quanto pelo ambiente familiar e social. Dessa forma, o contexto familiar adequado pode se tornar um mecanismo de proteção psicossocial aos bebês prematuros (Nobre, Carvalho, Martinez, & Linhares, 2009). Nesse sentido, a inclusão dos pais, principalmente da mãe, na rotina de cuidados de uma UTIN vem ganhando relevância, ao mesmo tempo em que constitui um grande desafio para a implementação de estratégias

para a humanização do cuidado de recém-nascidos pré-termo (Noda et al., 2018). Afinal, como conjugar tecnologias em saúde, afetividade e compaixão?

Sobre a importância do vínculo mãe-bebê-família, os diferentes modelos teóricos da psicanálise são uníssomos ao afirmarem a relevância das funções materna e paterna para o desenvolvimento infantil, em todas as suas dimensões. O vínculo do bebê, principalmente com a mãe, nos primeiros meses de vida, é essencial para o seu desenvolvimento físico e emocional, independente das condições em que se deu seu nascimento. Na perspectiva dos vários modelos teóricos da psicanálise, existe um consenso na concepção de que o “acontecer psíquico” tem seu desenvolvimento assentado na qualidade dos vínculos primordiais estabelecidos, principalmente entre a mãe e o bebê ou entre o bebê e o adulto que vai se dedicar aos cuidados nos primeiros meses de vida.

Para Winnicott (1956/2000), o vínculo entre a mãe e o bebê, está intimamente relacionado a um processo intersubjetivo que ele nomeou “preocupação materna primária” (p.401), e que se refere a um estado mental que aumenta a sensibilidade da mãe para compreender e atender as necessidades do bebê. Esse processo tem início na gestação e se desdobra nos primeiros meses de vida e requer, sobremaneira, da constância e continuidade dos cuidados e da interação mãe-bebê.

Assim, podemos depreender que as mães de bebês prematuros, internados em uma UTIN, encontrarão inúmeras dificuldades para estabelecer esse vínculo primordial, dadas as condições da prematuridade, que exigirão a participação de profissionais de saúde especializados no cuidado, e do contexto da internação, que não possibilita a regularidade e continuidade dos cuidados pela mãe (Fonseca, Silveira, Franzoi, & Motta, 2020).

Outro aspecto a ser considerado, diz respeito ao fato de que a hospitalização do filho na UTIN é uma condição que afeta emocionalmente os pais (Neves et al., 2021; Raad et al., 2006). Enfrentar essa realidade, rompendo a idealização de levar o bebê para casa é uma tarefa difícil. Há um estado inicial de choque

provocado, primeiramente pelo nascimento inesperado de um bebê em condições adversas, e depois, pelo confronto com um bebê de aspecto frágil e com necessidade de cuidados especializados, podendo implicar em efeitos traumáticos na relação mãe-bebê e família-bebê (Soares, 2018). Considerando que uma UTIN é uma área hospitalar que pode causar a impressão de um ambiente frio e sem afetividade, os pais podem ser lançados a uma experiência de desamparo, Schmidt et al. (2012) afirmam que:

Embora algumas realidades assistenciais apresentem a informação acerca do livre acesso a visitas e orientações clínicas sobre o filho sempre que solicitadas, em outros contextos, a rotina imposta pela instituição faz com que os pais/família encontrem a equipe de saúde envolvida nos cuidados aos recém-nascidos e, aparentemente, indisponível para fazer interações e fornecer informações. Dessa forma, as dúvidas sobre a internação e as condições do bebê nem sempre podem ser elucidadas no primeiro momento. (p. 74)

A hospitalização em uma UTIN atravessa a íntima relação existente entre a dupla mãe-bebê, pois o bebê prematuro, na maioria das vezes, não tem condições anatomofisiológicas de viver fora do útero sem ajuda da tecnologia médica. Nesse caso, a mãe tem que se esforçar ainda mais para se vincular ao bebê, o que pode representar uma vivência traumática para ambos (Wirth, 2000).

Baldissarella e Dell'Aglio (2009) afirmam ser necessário que a mãe tenha no hospital um ambiente acolhedor para poder receber e proteger seu bebê, amenizando os efeitos dessa interrupção. Acrescenta que o sistema hospitalar influencia de forma direta ou indireta na qualidade da relação que está se estabelecendo entre a mãe e o seu bebê, a ponto de favorecer ou não o desenvolvimento da capacidade de interação da dupla.

A formação do vínculo entre a mãe e seu bebê prematuro é muito importante, pois o recém-nascido que nasce antes do tempo esperado necessita, como qualquer outro bebê, de suporte materno para seu desenvolvimento emocional. A mãe, nessas condições,



enfrenta situações emocionais adversas, como o luto, frustrações e a presença iminente da morte e necessita superá-las para se vincular afetivamente ao seu filho. Nesse sentido, as peculiaridades da situação decorrente da prematuridade colocam o estabelecimento do vínculo mãe-bebê-família e principalmente o desenvolvimento da função materna em um contexto de fragilidade, demandando especial atenção (Santos et al., 2018).

Nesse cenário, a atuação dos profissionais de saúde passa a ocupar uma função central na promoção e desenvolvimento dos vínculos entre os pais e seu bebê prematuro. Segundo Ferreira, Monteiro e Souza (2020), há uma preocupação mundial que visa articular o cuidado técnico com o cuidado humanizado, enquanto possibilidade de promover benefícios a longo prazo para os bebês.

No Brasil, a saúde materno-infantil sempre foi uma preocupação das políticas públicas de saúde, principalmente no que se refere ao objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, que notadamente ganharam força a partir da implantação da Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, em 2000. Novos avanços foram alcançados em 2011, com a implementação da Rede Cegonha, que passou a abarcar as ações anteriores, melhorando o acesso, acolhimento e resolutividade dos cuidados desde o parto e nascimento até o desenvolvimento das crianças até 24 meses. Atualmente, os eixos estratégicos de atuação para a integralidade da atenção à saúde da criança estão sistematizados na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança - PNAISC, de 2015 (Leal et al., 2018).

O que vale ressaltar é que, em todas as políticas instituídas, o papel das equipes de saúde na humanização do cuidado ao recém-nascido de risco constitui condição *sine qua non* para a efetivação de suas diretrizes. Fonseca et al., (2020) apontam que os pais reivindicam participar dos cuidados de seus filhos, mas ainda encontram barreiras determinadas pelo relacionamento interpessoal com a equipe de saúde, pelas dificuldades de enfermeiros, em particular, de reorganizarem os processos de

trabalho de forma a incluir os pais como objeto de trabalho e a falta de apoio institucional para a ampliação do cuidado.

### **O percurso metodológico**

A pesquisa em que se baseia o capítulo foi realizada com abordagem qualitativa e utilizou como método o estudo de caso instrumental (Stake, 2000), a partir da análise do conteúdo de entrevistas semidirigidas (Turato, 2003). Participaram voluntariamente do estudo cinco casais que haviam se tornado pais de bebês pré-termo, de muito baixo peso, e que, no momento das entrevistas, acompanhavam seus bebês internados pelo período de pelo menos 30 dias, em uma UTIN de um Hospital Público, situado em uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

Os pais eram todos de camadas populares da sociedade, a maioria vivia a chegada do primeiro filho não planejado. Cada mãe e cada pai foram entrevistados duas vezes, totalizando vinte entrevistas. A primeira entrevista foi realizada logo após o nascimento, com até quinze dias de vida do bebê e a segunda após um mês da primeira entrevista, objetivando apreender as vivências em dois momentos distintos: o impacto do nascimento do bebê prematuro para os genitores e, num segundo momento, as vivências de internação no hospital.

As temáticas investigadas abordaram as vivências dos pais relativamente ao nascimento do bebê e sua internação em uma UTIN, como também as relações que foram sendo estabelecidas com a equipe de saúde envolvida no cuidado do bebê.

Os resultados da análise das entrevistas apontaram a emergência de diversos sentimentos relacionados aos cuidados recebidos pelos profissionais da saúde, durante o período de internação na UTIN. Na elaboração desse capítulo, selecionamos a análise de conteúdo das entrevistas realizadas com o casal Paloma e Alcides, nomes fictícios atribuídos pelos autores, pelo fato de que as vivências na relação com os profissionais da saúde foram emblemáticas, dentro do conjunto de participantes. Além disso, o

casal passou por duas experiências, em épocas diferentes, ao terem dois filhos recém-nascidos que passaram pela hospitalização em uma UTIN. Nas entrevistas, puderam compartilhar, de forma recorrente, suas vivências e sentimentos que também foram identificados nos conteúdos enunciados pelos outros pais entrevistados, no que diz respeito aos cuidados recebidos pela equipe de saúde da UTIN.

### **O sonho de se tornarem pais em uma trajetória de incertezas e incompreensões**

Antes de iniciar a discussão das vivências de Paloma e Alcides no período de internação de seus bebês em uma UTIN, faz-se necessária uma breve apresentação da jornada do casal, movida pelo desejo de se tornar pais e seu percurso junto aos serviços de saúde no período do pré-natal das duas gestações de risco. Cumpre salientar que as entrevistas foram realizadas após o nascimento do segundo bebê prematuro, que nomeamos Amanda.

Na época das entrevistas, Paloma estava com 32 anos, casada havia oito, e vivia com seu marido em um cômodo da casa de sua mãe, em um bairro da periferia de uma cidade de médio porte do interior paulista. Trabalhava como funcionária em um pensionato da família, na área de recepção dos hóspedes e na cozinha.

Depois do casamento com Alcides, 34 anos, cortador de cana de açúcar, teve quatro gestações, sendo que nas duas primeiras ocorreram abortos. Segundo ela: *“os médicos classificaram como espontâneos e não souberam dizer o porquê da bolsa ter rompido tão cedo”*. Sua terceira gestação, do filho Pablo, foi de risco e a bolsa rompeu com dezenove semanas. Ela fez o acompanhamento de sua condição clínica em três instituições de saúde da cidade, que afirmaram não haver mais esperança de que o bebê viesse a nascer vivo. A gestação ainda seguiu até as 28 semanas, quando o bebê nasceu e precisou ficar internado no mesmo hospital em que Amanda viria a nascer. Pablo foi a óbito após um mês de internação, por infecção hospitalar.

Alcides contou que sonhou muitas vezes em ser pai e a perda de Pablo gerou grande frustração e revolta. Após o falecimento de Pablo, Paloma descreveu que passou por uma profunda depressão, por aproximadamente dois anos, e, após a sua recuperação, engravidou pela quarta vez. Amanda nasceu com 28 semanas de gestação, pesando 960 gramas e necessitou ficar internada em uma UTIN.

O nascimento de Amanda, segundo Alcides, fez renascer sua esperança de ser pai, mas, ao mesmo tempo, trouxe lembranças ruins, como a morte de seu primeiro filho e a situação física e emocional difícil em que sua mulher ficou depois da morte de Pablo. Porém, o nascimento da filha despertou em Alcides uma vontade de melhorar sua vida, passando a se preocupar com a questão financeira, pretendia até comprar uma casa no futuro. Além de querer parar de fumar, pois achava que isso seria um mau exemplo para a filha, relatou que aumentou a carga de trabalho e que se tornou mais responsável.

Após o parto, Paloma foi para sua casa, mas visitava diariamente sua filha no hospital: chegava pela manhã e ia embora ao final da tarde. Alcides estava desempregado no momento do nascimento da filha e visitava-a diariamente junto com Paloma. Depois que voltou a trabalhar, visitava a bebê aos finais de semana e comunicava-se via telefone com a esposa, enquanto ela estava no hospital.

Como já descrito anteriormente, Paloma relatou que a gestação de Pablo veio na sequência de dois abortos espontâneos e era desencorajada pelos médicos. O nascimento do bebê veio acompanhado de muita tensão e ansiedade:

*A do Pablo, a minha bolsa rompeu cedo: com dezenove semanas. Aí todo lugar que eu fui, todos os médicos, ultrassom que eu fiz, disse que não tinha mais jeito (...) Ou teria que fazer uma cesárea e tirar, né? Quase impossível uma criança sobreviver né? Ou deixar levando. Foi onde deixaram levando, só que não me deram nenhuma esperança de levar a gravidez para sempre (...) Aí consegui levar até vinte e oito semanas. Aí foi onde ele nasceu [bate a mão na perna] (...) Não souberam dizer do porquê a bolsa rompeu tão cedo.*

*Eles queriam saber se eu tinha caído. Falei: 'não, não caí'. Fizeram todos os tipos de exame, mas não descobriram do porquê a bolsa rompeu. (Primeira entrevista)*

Paloma contou que no período entre a 19<sup>a</sup> e a 28<sup>a</sup> semanas de gestação tomava mais de dez litros d'água por dia, uma vez que acreditava que, assim, manteria o bebê mais tempo em seu útero. Pode-se considerar que a mãe, após duas perdas, passou a gestação de Pablo ameaçada pelo medo de perder mais um bebê, esforçando-se sobremaneira para levar a gestação adiante, e afirmou não ter recebido explicações suficientes sobre os motivos que fizeram sua bolsa romper tão cedo e sobre o prognóstico da situação. Ela descreveu viver momentos de solidão, em que as notícias dos serviços de saúde não eram animadoras ou esclarecedoras.

Impactada pela situação de rompimento da bolsa, a mãe relata não ter sido acolhida adequadamente nos serviços de saúde, já que não teve suas demandas e expectativas compreendidas e esclarecidas, condição que contrasta com os princípios de humanização preconizados por esses serviços na atualidade (Deslandes, 2004; Leal et al., 2018).

Schmidt et al. (2012) descrevem que numa situação atípica como o rompimento prematuro da bolsa, o imaginário dos pais sobre as condições de saúde do feto geralmente tende a ser pessimista, causando neles a sensação de que suas fraquezas são maiores que suas forças, dificultando a superação da situação. Por isso, é importante que o profissional de saúde, ao dar informações aos pais sobre o que acontece, também lhes ofereça apoio, abrindo oportunidades para momentos de escuta e informando a situação clínica, sem potencializar ameaças ou gerar temores, mas centrando-se nos aspectos positivos do tratamento e nos recursos da família.

Seguindo na trajetória de incertezas, após o nascimento, Pablo passou um período de internação em uma UTIN, mas veio a óbito após algumas semanas. Alcides relatou que sua esposa ficou muito

abalada com a perda, sofrendo muito. Paloma teve muita dificuldade em elaborar e superar a perda de seu filho Pablo. Contou ao entrevistador que ficou trancada em um quarto durante um ano e meio, deprimida, dando sérios indícios de que a morte do filho havia representado a morte de uma parte de si mesma:

*Para mim, foi muito difícil, pensei que eu não fosse superar. Tanto que eu achei que eu não ia superar. (...) Eu vivia só de choro, foi muito complicado, como se diz, fiquei trancada no outro quartinho da minha mãe que tem ali, deitada direto. Só levantava mesmo para ir ao banheiro, para comer, estas coisas. Sempre de repouso. (...) Entrei numa depressão feia mesmo. Não sai para procurar tratamento nem nada. (Primeira entrevista)*

Nesse sentido, vale ressaltar a relevância do momento de alta de cada paciente, que precisa ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contrarreferência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico: “O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida” (Cecílio & Merhy, 2003, p. 6).

Depois desse período de muito sofrimento, a mãe começou a se recuperar e voltou a trabalhar. Meio ano após sua recuperação, engravidou pela quarta vez, dessa vez de Amanda: “*Aí quando veio a gravidez, veio assim alegria, mas veio assim, veio o susto (...) Eu não queria, não tava programando, aconteceu mesmo, porque particularmente eu tinha na cabeça assim de não engravidar mais*”. (Primeira entrevista)

Paloma contou que não queria ter um bebê naquele momento de sua vida e também que uma nova gestação era desaconselhada por seus médicos devido aos riscos que oferecia. Foi diagnosticada hipertensão arterial e diabetes, foi internada, por cerca de vinte dias no hospital até que os médicos aconselharam uma cesárea, que culminou no nascimento prematuro da criança, com 28 semanas de gravidez, pesando 960 gramas e que necessitou ficar internada em

uma UTIN: *“O médico disse que ia levar até onde dava, porque deu pré-eclâmpsia. Aí chegou no dia vinte e seis e ele disse que teria que estar fazendo a cesárea e chegou um ponto que o bebê não dava mais para ficar na barriga né?”* (Primeira entrevista)

Embora não tenhamos como objetivo abordar o período pré-natal nesse capítulo, a breve contextualização das gestações de Paloma e a forma como foram vivenciadas configuram uma dimensão importante que antecede o nascimento de um bebê pré-termo. As incertezas, incompreensões e a ameaça do nascimento de um bebê pré-termo exigem da mulher-gestante um esforço constante para a elaboração de um sofrimento marcado pela ambivalência na relação que começa a estabelecer com o seu bebê e que pode perdurar após o nascimento (Fonseca et al., 2020). Nesse sentido, o acolhimento desse grupo de gestantes pelos profissionais de saúde durante o pré-natal é crucial para o posterior desenvolvimento do vínculo mãe-bebê (Esteves, Anton, & Piccinini, 2011).

### **Implicações do nascimento prematuro e da internação em uma UTIN na formação do vínculo pais-bebê**

Depois do nascimento de Pablo, surgia uma longa estrada a ser enfrentada na internação de um filho que nascia prematuro com muito baixo peso. Nas palavras da mãe: *“Só medo, sempre é medo. Num sei por quê. Mas sempre é medo. Acho que assim, por não ser do tempo natural, por ser muito pequenininho. É sempre aquela coisa: medo de perder mesmo, medo da criança não sobreviver né?”* (Primeira entrevista)

Em seu relato, Paloma descreve várias vezes o medo como sentimento preponderante, associado à fragilidade do bebê e ao tempo que não foi suficiente para sua maturação. Raad et al. (2006) apontaram em seu estudo, que o medo de ferir ou machucar o bebê passa a exigir esforços constantes dos pais para sua superação, o que pode, inclusive, criar uma série de dificuldades para a participação nos cuidados no contexto de uma UTIN.

Morsch e Braga (2007) relatam que os pais se sentem atordoados diante de bebês que ainda não estavam prontos para nascer, tanto do ponto de vista orgânico como psíquico e compara a UTIN a um labirinto no qual é muito difícil para os pais acharem saídas para acolher seus filhos. Os autores definem esse momento impactante da seguinte maneira:

Sonhos e fantasias são ao menos temporariamente esmagados pela concretude de um ambiente intensivista, repleto de recém-nascidos de aparência frágil e, por vezes, diminuta. As tramas das histórias que precedem os nascimentos tendem a esmorecer em meio ao emaranhado de fios de sensores, monitores e tubos de respiradores artificiais. (p. 625)

Apesar de todas as ameaças sentidas após o nascimento, Pablo foi se desenvolvendo de forma favorável, sob os cuidados dos profissionais da saúde dentro da UTIN. Nas palavras da mãe: *“Ele nasceu assim, como todo prematuro tem dificuldade de respirar, fez aquela cirurgia do soprinho do coração e depois disso a recuperação dele foi rápida, não foi demorada, mamava bem até”*. (Primeira entrevista)

Apoiados no desenvolvimento favorável do bebê, os pais foram fortalecendo o vínculo e criando expectativas de que o levariam para casa após o período de internação. Nas palavras de Alcides:

*A gente pensava: a gente vai sair, faz um mês que tá internado. Este menino vai sair ainda, tá com o quartinho montado. Já tinha mandado rezar um terço. A médica tinha falado que mais uma semana, quinze dias, podia sair do hospital. Tava grande já. Tava pesado já. Pegando peso né? Não rejeitou leite. Começou mamar certinho.* (Primeira entrevista)

Mas os pais foram surpreendidos pela perda repentina de seu filho, como acontece com muitos outros pais de bebês prematuros de muito baixo peso, internados em uma UTIN. O temor enfrentado desde a notícia da necessidade de internação concretizou-se.



Paloma fez um grande esforço para manter a quarta gestação. Quando Amanda nasceu, relatou que sentia uma mistura de sensações, alívio por ter nascido com vida, mas novamente com muito medo pela precariedade de um bebê que nasce muito antes do tempo esperado e com muito baixo peso: *“Chora, porque deu tudo bem. Chora, porque é muito pequenininha. É muito complicado falar porque é uma mistura de emoção que na hora você nem sabe o que está acontecendo. Vou te falar a verdade. É meio complicado”*. (Primeira entrevista).

Alcides também descreveu qual foi a sensação de ter visto sua filha pela primeira vez: *“Iche, quando vi ela a primeira vez tava limpinha já, certinha, achei que tava suja né? Mas não, tava limpinha. (...) Muito boa viu, sensação de sei lá, inexplicável, uma coisa que deixa a gente totalmente leve, alegre, a expectativa fica alta”*. (Primeira entrevista)

Schmidt et al. (2012) descrevem que a experiência de ver o filho pela primeira vez, além de representar o contato inicial com o bebê, também é um momento tranquilizador, pois permite o reconhecimento da real situação do bebê, normalmente melhor do que a imaginada durante a gestação, como é possível ver no relato de Alcides. Nesse sentido, destaca-se a importância de o contato inicial ser promovido e facilitado pela equipe de saúde da UTIN, como forma de amenizar as reações emocionais negativas dos pais. No entanto, Fonseca et al. (2020), apontam que, ainda, parece ser prevalente um conjunto de crenças entre enfermeiros de UTIN, que é esse profissional que deve controlar o acesso dos pais aos filhos e determinar os momentos para que se iniciem a aproximação e interação física, tendo como critério os indicadores de risco para o bebê, o que acaba por resultar no afastamento dos pais e na naturalização da visão dos pais enquanto visitas e não objeto de cuidado.

Após o nascimento, a mãe contou que apesar de ter pouco leite, fazia a ordenha tanto em casa quanto no hospital. Além disso, Paloma passava a enfrentar a dura jornada de uma mãe que não podia levar seu filho para casa.

Mais que o colo materno, como afirmou Wirth (2000), um bebê prematuro, de muito baixo peso, necessita constantemente dos

cuidados dos profissionais da saúde e da estrutura de uma UTI neonatal. Sendo assim, Paloma tinha que se desdobrar para tentar se vincular à bebê: *“Só não pode pegar no colo. Mas a gente põe a mão nela. Eu converso bastante, nesses dois últimos dias que ela abriu o olhinho”*. (Primeira entrevista). O toque tem um significado especial para os pais, já que através dele é possível concretizar a existência e a *“posse”* do filho [grifo dos autores] (Schmidt et al., 2012, p. 78).

As dificuldades vivenciadas por Paloma no nascimento pareciam ter se intensificado após o primeiro mês de internação da bebê, quando foi realizada a segunda entrevista:

*Tinha dia que eu chegava lá [no hospital]. Tava ótima. Paloma cem por cento. Mas tinha dia que eu chegava também. Paloma tava zero né? Aí, às vezes, era até difícil, assim, ficar com ela. Aquela vontade de chorar. Começava a misturar tudo as coisas de novo. Aí, às vezes, eu saía. Ia lá para fora. Ficava no refeitório ou na área ali perto do elevador. Ia na janela, chorava, chorava, chorava.* (Segunda entrevista)

Estar com a filha nas condições de internação relatadas, vivenciando uma oscilação de emoções associadas ao medo e insegurança, demonstra a vulnerabilidade psíquica e, também, com ela mesma nessa situação. Segundo Neves et al. (2021), entre as reações emocionais das mães estão o sentimento de medo, desesperança e o estado de prontidão frente aos riscos de sobrevivência do bebê, que vão permear a relação mãe-bebê não apenas no momento do nascimento, mas, também, durante todo o período de hospitalização, indicando a necessidade de acolhimento às mães pela equipe de saúde, bem como o fortalecimento da rede de apoio.

Conforme apontado anteriormente, além de lidar com a possibilidade de perda do bebê, mãe e bebê são submetidos a uma série de limitações devido à imaturidade do bebê, o que dificulta a formação do vínculo. Há uma interrupção abrupta que instaura muitos conflitos e a mãe terá que buscar alternativas. A depender das condições emocionais da mãe, poderá ocorrer uma paralisação

dos cuidados diante desta situação tão complicada e angustiante. Como assinalado por Mendes, Martins e Melo (2020) não é apenas o bebê que nasce de forma precoce, os pais também se tornam pais precocemente, se consideramos que a gestação psíquica também foi interrompida antes do tempo esperado.

Alcides também ficava apreensivo com a possibilidade de perder Amanda, como aconteceu com seu outro filho. Além de se dedicar ao seu trabalho e só poder visitar a bebê nos horários restritos aos pais dos bebês, também tentava amparar o sofrimento de sua esposa. Percebia o quanto ela estava abalada com a internação da bebê prematura de muito baixo peso:

*Chegou em casa também, conversou, ficamos deitado na cama conversando um tempão e ela chorando. Falei: “Você tem que soltar mais, não pode ficar guardando...”. Porque ela vai guardando sabe? Vai guardando, vai guardando... As coisas que... Tem muita coisa na cabeça dela. (...) Essa semana mesmo ela chorou demais. A gente tenta acalmar ela e entende também que ela vive o dia a dia né? A gente fica longe. Que nem eu... Eu trabalho. Então a gente fica longe e a gente não fica assim com aquela preocupação contínua na cabeça né? Mas ela não. Ela tá bem assim... Bem abalada sabe? Bem abalada com isso que está acontecendo. (Segunda entrevista)*

Alcides tentava oferecer amparo para que a esposa pudesse chorar, mostrar a sobrecarga que vivia ao tentar acompanhar e se vincular a sua filha adoecida no hospital. Ele estava, assim, ajudando sua companheira a ver além das paredes da UTI neonatal, a olhar o mundo que os cercava e estava também à espera do bebê (Morsch & Braga, 2007). Além da dificuldade de se vincularem a uma bebê frágil, emergia o medo da alta e, conseqüentemente, de não conseguirem cuidar da bebê em casa sem a ajuda que o ambiente hospitalar e os profissionais da saúde oferecem.

Winnicott (1945/2000), coloca a preocupação materna primária como um processo que possibilita o início e a continuidade do

desenvolvimento humano, sendo o ambiente (mãe) fundamental desde a gestação.

As vivências relatadas pelo casal apontam para vários elementos que podem implicar na precariedade do desenvolvimento da preocupação materna primária, enquanto processo essencial para *o vir a ser* da dupla mãe-bebê, como a vulnerabilidade psíquica dos pais, principalmente da mãe, os esforços despendidos para se incluírem nos cuidados do bebê na UTIN, os desafios para se vincularem também à equipe de saúde, a necessidade de uma rede de apoio e a insegurança quanto à continuidade dos cuidados sem o apoio de uma equipe especializada e dos recursos tecnológicos.

### **Relações entre pais e equipe de saúde: desafios e potencialidades na mediação do vínculo com o bebê prematuro.**

Durante a internação de um bebê prematuro de muito baixo peso na UTIN, a relação dos pais com seus bebês é regulada e intermediada constantemente pelos profissionais da saúde, pois as condições clínicas para o desenvolvimento da criança e a prevenção de infecções pelo ambiente hospitalar precisam ser constantemente monitoradas. Geralmente, a rotina de cuidados é organizada de forma a seguir rigorosamente os horários dos protocolos médicos, sendo que os pais não podem acompanhar ou participar de todos os procedimentos, circunstâncias, o que oferece uma noção das dificuldades de interação e integração entre equipe e família (Fonseca et al., 2020).

Como quaisquer outros pais nessa situação, Paloma e Alcides dependiam dos profissionais para saber informações sobre o estado de saúde de Amanda. Paloma se queixou ao entrevistador sobre o desgaste que sofria quando tentava obter informações sobre o estado de saúde da sua filha:

*Eu já cheguei ficar uma hora esperando para poder falar com a médica. Ela sentada na mesa e eu em pé atrás. (...) Então é aonde eu falo que seria mais*

*viável igual assim os outros [médicos] que a gente já se deu melhor. Que já chega na gente e já vai conversando. Teve mais contato com a gente. E isso não é relato só meu. Teve outras mães que falaram a mesma coisa a respeito".*  
(Primeira entrevista)

Paloma precisava de muita atenção e amparo dos profissionais que nem sempre estavam disponíveis para oferecer algo próximo ao que ela estava precisando. Mais que informações podemos interpretar que Paloma buscava continência emocional no relacionamento com os profissionais de saúde, ou seja, buscava uma mente capaz de receber seu desespero, acolhê-lo e devolver a ela uma compreensão do que vivia. Ambos os lados se beneficiariam de uma relação desse tipo, no sentido do crescimento mental (Bion, 1962/1991). Longe do hospital, em casa, à noite, Paloma não conseguia dormir. Sobrecarregada com fantasias terríveis de que sua filha poderia estar piorando, ligava no meio da madrugada para os profissionais em busca de notícias sobre o estado de saúde de sua filha:

*Aí as enfermeiras perguntam: "Quem que tá com a Amanda?". "Eu". "Tá boa?". "Mas quem que é?". "É a mãe". "Fala para a mãe que ela que não tá bem". Elas começam a zoar, a brincar com a gente. Então às vezes eu acordo de madrugada. Às vezes eu não consigo dormir, fico preocupada. Para saber se tá tudo bem, ensaio, ensaio, para não ligar, mas acabo ligando no hospital.*  
(Segunda entrevista).

Considerando a instabilidade dos bebês hospitalizados em UTIN, os pais sentem necessidade de receber informações com maior frequência. Schmidt et al. (2012) afirmam que o significado que a família dá à informação sobre o filho pode tornar a vivência do processo de hospitalização do bebê melhor ou mais difícil, na perspectiva dos pais.

De modo geral, os médicos são os profissionais autorizados pelas comunicações sobre a evolução do quadro clínico do bebê, o que acaba restringindo essa função a esses profissionais. Mesmo que a equipe, principalmente de enfermagem, tente compartilhar informações relacionadas ao seu âmbito de atuação, na maioria das

vezes, esses profissionais não se encontram aptos para reconhecer sinais de fragilidade física e emocional dos pais, o que dificulta a aproximação entre equipe e pais e compreensão das informações pelos pais. Assim, podem ocorrer comunicações que acabam por acentuar os medos e sentimento de insegurança dos pais, que por sua vez podem levar ao seu distanciamento físico e emocional do bebê (Fonseca et al., 2020).

O cuidado ao fornecer informação é, portanto, fundamental, já que o impacto causado pelas notícias pode prejudicar a aproximação dos pais com o bebê, interferindo e adiando a formação do apego, ou ainda, dificultando o enfrentamento das adversidades emergidas do nascimento da criança e de sua consequente hospitalização. É importante que os profissionais estejam atentos para o que pode contribuir, positiva ou negativamente nesse processo (Schmidt et al., 2012, p. 80).

A humanização do cuidado em saúde, em uma visão ampliada, precisa articular a excelência na qualidade do cuidado com os aspectos subjetivos, sociais, culturais e do direito à saúde dos usuários, bem como as condições de trabalho dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, o processo comunicacional entre usuários e profissionais ganha relevância no processo de humanização, o que implica em esforços e elaboração de estratégias para incluir os pais e família nos cuidados de seus bebês pré-termo e para tanto é necessário reconhecer o protagonismo e os saberes dos pais (Noda et al., 2018).

Os pais ansiosos e impotentes passam a se apoiar nas informações do estado físico de saúde, sobretudo para se manterem em contato com o bebê. As experiências e aprendizagens que seriam vivenciadas no ambiente doméstico acabam sendo substituídas pela necessidade de receber e compreender as informações técnico-especializadas acerca da saúde da bebê, conforme relata Paloma:

*Ah. Eu fico perguntando. É... Do probleminha que já teve... Se melhorou. A respeito da medicação. É... Como que tá o procedimento. Se tá certinha. O*

*segmento também de ganho de peso. Se tá fazendo cocô. Se tá fazendo xixi. Eu saio perguntando tudo. Se deu mais algum probleminha que sempre eles tão fazendo exames. Pergunto a respeito dela.* (Segunda entrevista)

A mãe, em vez de se afetar pela “preocupação materna primária” (Winnicott, 1956/2000, p. 401), de uma mãe comum, passa a experienciar a “preocupação médico-primária” (Morsch & Braga, 2007, p. 627), ou seja, passa a desenvolver em si funções muito mais próximas de uma função médica do que maternal. Segundo Morsch e Braga (2007), os pais passam a examinar minuciosamente a ficha de enfermagem e os prontuários em busca de informações.

Ainda assim, a “preocupação médico-primária” (Morsch & Braga, 2007, p. 627) só se instala provisoriamente no lugar da materno-primária: “ela pode ser considerada um mecanismo de transição a ser utilizado pela mãe na busca por um encontro com um filho que nasceu de forma tão diferente e estranha. Ou como uma maneira de, nesse contexto, dar início ao ‘fabricar’ de uma mãe e seu bebê” [grifo dos autores] (Morsch & Braga, 2007, p. 630).

Sobre esse aspecto, Schmidt et al. (2012) colocam:

É importante ressaltar que, diante da impotência nessas situações, o envolvimento gradativo e planejado dos pais no processo de cuidado pode representar uma etapa fundamental para a conquista da autonomia, criando nestes um sentimento crescente de competência para a reconquistada paternidade e para a apropriação do filho. O toque, quando realizado pelas mães, pode contribuir na evolução clínica do bebê, sendo também um meio de dar conforto ao filho. Neste contexto, o toque é importante, tanto para os pais quanto para o bebê, sendo essencial ensiná-los quando e como tocar seu filho, de maneira a favorecer uma (con)vivência agradável, além da segurança e capacidade parental tornando o toque um estímulo altamente positivo para a formação do vínculo. (p. 79)

As dificuldades da aproximação mãe-bebê também são muito complexas em uma UTI Neonatal, Paloma aponta que:

*Ser mãe é muito complicado (...) Ela [Amanda] tava na incubadora ainda. Ela saiu na segunda-feira, aí estranhei né? Acostumada com ela dentro da incubadora... Ela tudo quietinha, tudo protegidinha, tudo bonitinha. Aí fiquei meia assim. Aí fui trocar fralda. E para colocar o macacão? Apanhei até umas horas. E olha que eu já troquei de sobrinho, troquei do meu irmãozinho. (Paloma, segunda entrevista)*

Como a equipe pode ajudar essa mãe a se apropriar da maternagem, que foi precocemente interrompida durante a gravidez? Os profissionais da saúde de uma UTIN estão numa posição privilegiada por poder fortalecer a mãe e o vínculo dela com o bebê, afinal: “O primeiro olhar, o primeiro toque, o primeiro acalento a esse bebê e o primeiro ato de embalar e de segurar no colo essa criança são realizados pela equipe e compõem o cenário do seu nascimento” (Mendes et al., 2020, p. 11).

Interessante apontar que, mesmo que aconteça uma integração adequada entre equipe e família durante a hospitalização na UTIN, os pais necessitam de um profissional de referência, que acaba sendo “escolhido” de acordo com identificações mútuas, pois o profissional também precisa sentir o humor e a receptividade dos pais nos momentos de interação (Fonseca et al., 2020)

O relato de Alcides ilustra como a interação família e equipe da saúde pode ser favorável ao desenvolvimento e fortalecimento do vínculo dos pais com seu bebê prematuro:

*Em contato com ela [Amanda] eu converso, brinco. Só não dá para levar para casa né? Dá vontade sabe? Outro dia a médica pegou ela no colo para a Paloma beijar ela né? Beijou ela. É gostoso demais cara. Sentir o cheirinho sabe? É muito bom. Viche! Eu fico falando que eu quero levar ela embora sabe? Peço para a médica lá. Para a enfermeira lá: “não tem jeito de levar ela embora não?” Ela fala que não pode. Ela falou que daqui uns vinte dias aí ela vai subir. Passar para o oitavo andar né? Para depois descer para baixo*

---

<sup>1</sup> Oitavo andar é o local do hospital onde funcionava a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, que acompanhava bebês que ainda precisavam de cuidados especiais, mas não de forma intensiva, portanto bebês em estado de saúde menos precário.



*para ir embora né? Ah, mas aí eu falei para ela: “este mês vai acabar rápido”.*  
(Segunda entrevista)

Assim, a equipe de saúde passa a representar uma via, um recurso imprescindível para promover a proximidade entre pais e bebê, mesmo que, frente ao prognóstico de alta, esses vínculos sejam interrompidos.

### **Considerações Finais**

O nascimento de um bebê prematuro de baixo peso, bem como todos os bebês de risco, constitui um desafio para as várias dimensões do cuidado em saúde, que incluem a definição de políticas públicas que garantam investimentos e direitos dos usuários, a constante vigilância sobre estratégias de humanização das práticas, do ambiente hospitalar e, principalmente, a formação de profissionais com uma visão ampliada sobre a necessidade de participação dos pais na rotina de uma UTIN, no sentido tanto de inclusão, como também na mudança de concepções sobre objeto de cuidado, que devem considerar as relações entre pais e os profissionais de saúde como uma extensa rede de trocas intersubjetivas.

Nesse capítulo, foram apresentadas reflexões sobre alguns aspectos que permearam a vivência dos pais Paloma e Alcides e que podem ser representativos das experiências de tantos outros pais, em seus percursos de incertezas, medo e insegurança, que iniciam no período da gestação.

As vicissitudes do pré-natal que anunciam a possibilidade do nascimento de um bebê pré-termo, já colocam os pais em estado de prontidão, os transformando em pais pré-termo. A capacidade imaginativa e as expectativas sobre o que vai acontecer com o bebê e a mãe passam a ser mediadas pelas frequentes interações com os profissionais de saúde, que, na maioria das vezes, acabam por sobrepor seus saberes especializados ao acolhimento das fantasias terríficas e das dificuldades de compreensão dos pais.

As vivências de fragilização emocional, principalmente da mãe, interrompem o desenvolvimento de sua sensibilidade para estar em sintonia com o bebê, ainda na gestação, e a preocupação materna primária passa a ser um processo atravessado pela ambivalência de sentimentos.

O evento do nascimento cria um novo cenário que vai realizar, ou não, as fantasias e expectativas criadas na gestação, dada a materialidade das condições clínicas do bebê. Novos desafios se apresentam nas vivências na UTIN e nas relações com os profissionais de saúde, que agora passam a ocupar uma função mediadora na formação do vínculo dos pais com o bebê. No período de hospitalização, o processo de humanização ganha relevância por seu caráter complexo, uma vez que os profissionais precisam conjugar o rigor necessário dos procedimentos de cuidado de um bebê tão frágil com as demandas de pais, também muito fragilizados. Na perspectiva dos pais, as relações com os profissionais de saúde ganham centralidade em seus esforços para compreender a realidade que estão vivendo, ao mesmo tempo em que buscam estabelecer, a sua maneira, o vínculo primordial com seu bebê.

Finalizando, ressalta-se a importância das contribuições da psicologia e psicanálise para a compreensão dos fenômenos estudados, que são complexos e que merecem especial atenção em sua dimensão de desenvolvimento psicossocial.

## Referências

- Baldissarella, L. & Dell'Aglio, D. D. (2009). No limite entre a vida e a morte: um estudo de caso sobre a relação pais/bebês em uma UTI neonatal. *Estilos da Clínica*, 14(26), 68-89. doi: 10.11606/S1415-71282009000100005.
- Bion, W. R. (1991) *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962).

- Cecílio, L. C. O. & Merhy, E. E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas (SP): mar, 2003. p. 1-19. Recuperado de <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14. doi: 10.1590/S1413-81232004000100002
- Esteves, C. M., Anton, M. C., & Piccinini, C. A. (2011). Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica*, 23(2), 75-99. doi: 10.1590/S0103-56652011000200006
- Ferreira, M. B., Monteiro, D. R., & Souza, T. C. (2020). Em busca da humanização na UTI neonatal: método mãe canguru. *Research, Society and Development*, 9(11), e3089119631. doi: 10.33448/rsd-v9i11.9631
- Fonseca, S. A., Silveira, A. O, Franzoi, M. A. H., & Motta, E. (2020). Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. *Enfermería: Cuidados Humanizado*, 9(2), 170-190. doi: 10.22235/ech.v9i2.1908
- Formiga, C. K. M. R., & Linhares, M. B. M. (2009). Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 43(2), 472-480. doi: 10.1590/S0080-62342009002000030
- Gomes, L., Masson, L. P., Brito, J. C., & Athayde, M. (2011). Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em UTIN. *Trab. Educ. Saúde (Rio de Janeiro)*, 9(1), 137-156. doi: 10.1590/S1981-77462011000400007
- Leal, M. C., Szwarcwald, C. L., Almeida, P. V. B., Aquino, E. M. L., Barreto, M. L., Barros, F., & Victora, C. (2018). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de

- Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1915-1928. doi: 10.1590/1413-81232018236.03942018
- Mendes, A. B. C., Martins, K. P. H., & Melo, E. P. (2020). "Ciência da mãe": modos de cuidados clínicos com bebês prematuros à luz da teoria psicanalítica. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 03-16. doi: 10.20435/pssa.v12i1.713
- Moreira, M. E. L., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (Orgs.). (2003). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Morsch, D. S., & Braga M. C. A. (2007). A procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam. (São Paulo)*, 10(4), 624-636. doi: 10.1590/S1415-47142007000400005
- Neves, R. S., Zimmermann, J., & Broering, C. V. (2021). UTI Neonatal: o que dizem as mães. *Psicologia e Saúde em Debate*, 7(1), 187-214. doi: 10.22289/2446-922X.V7N1A14
- Nobre, F. D. A., Carvalho, A. E. V., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2009). Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 362-369. doi: 10.1590/S0102-79722009000300006
- Noda, L. M., Alves, M. V. M. F. F., Gonçalves, M. F., Silva, F. S., Fusco, S. F. B., & Avila, M. A. G. (2018). A humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sob a ótica dos pais. *Reme: Rev. Min. Enferm.*, 22, e-1078. doi: 10.5935/1415-2762.20180008
- Pergher, D. N. Q. (2010). *Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência dos pais* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/%2059137/tde-09012013-204802/pt-br.php>

- Raad, A. J., Cruz, A. M. C., & Nascimento, M. A. (2006). A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. *Psic: revista da Vetor Editora, São Paulo*7(2), 85-92. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142006000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200011&lng=pt&nrm=iso)
- Santos, M. S. N., Rolim, K. M. C., Albuquerque, M. F., Pinheiro, C. W., Magalhães, F. J., Fernandes, H. I. V. M., & Albuquerque, F. H. S. (2018). Relação familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Integrativa. *Enfermagem em Foco, 9*(1), 54-60. doi: 10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1417
- Schmidt, K. T., Sassá, A. H., Veronez, M., Higarashi, I. H. & Marcon, S. S. (2012) A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Escola Anna Nery, 16*(1), 73- 81. doi: 10.1590/S1414-81452012000100010
- Soares, F. M. P. (2018). Interferências traumáticas da internação na UTI neonatal na capacidade de maternagem: contribuições winnicottianas a partir do conceito de Preocupação Materna Primária. *Natureza humana, 20*(2), 71-79. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302018000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302018000200006&lng=pt&tlng=pt).
- Stake, R.E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (2a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945).

- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebê em uma uti neonatal. In N. A. Caron (Org.) *A relação pais-bebês: da observação à clínica* (pp. 207-233). São Paulo: Casa do Psicólogo.



## CAPÍTULO 10

### **Tornar-se familiar cuidador em UTI: reflexões acerca das necessidades de cuidado psicológico**

*Karin Aparecida Casarini*

*Carmen Lucia Cardoso*

O adoecimento grave e internação de um familiar próximo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) configuram-se como eventos frequentemente abruptos, marcados por uma mudança ameaçadora à continuidade da vida e pela insuficiência das medidas de cuidado à saúde até então utilizadas. Na perspectiva dos familiares, considera-se que tais acontecimentos implicam na interação e exposição a um novo ambiente e a formas de tratamento desconhecidas e invasivas, que frequentemente se associam a vivência subjetiva de uma situação de crise (Imanipour, Kiwanuka, Rad, Masaba, & Alemayehu, 2019). A literatura científica constata a magnitude dos efeitos sobre os familiares, indicando que, em geral, eles passam a vivenciar diferentes experiências após a admissão da pessoa adoecida na UTI, acompanhadas de intensa incerteza e sofrimento emocional, bem como por alterações psicopatológicas, como sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (Alfheim et al., 2019; Björk, Lindahl, & Fridh, 2019; Imanipour, et al. 2019; Minton, Batten, & Huntington, 2019; Wong, Redley, Digby, Correya, & Bucknall, 2020).

Compreende-se, assim, que os familiares de pessoas gravemente adoecidas se defrontam com uma realidade desconhecida e ameaçadora, despertando o aparecimento de necessidades de cuidado especificamente direcionadas para o enfrentamento do adoecimento grave e da permanência na UTI. Nesse sentido, acredita-se que os familiares podem encontrar dificuldades para se constituírem como cuidadores no ambiente de



UTI, seja pela gravidade dos eventos clínicos, pelo desconhecimento dos modos de funcionamento e tratamento ali presentes ou, ainda, pelas repercussões subjetivas vivenciadas. Assim, o entendimento dos desafios envolvidos na tarefa de tornar-se cuidador em terapia intensiva pode contribuir para o delineamento de propostas de um cuidado integral, incluindo os familiares em ações de saúde da equipe multiprofissional. Dessa forma, os objetivos deste capítulo são compreender as experiências relativas ao se tornar cuidador, a partir das vivências de familiares de pessoas adoecidas internadas pela primeira vez em UTI, bem como refletir sobre possibilidades de oferta de cuidado para os mesmos.

Os dados e reflexões aqui apresentados são parte de um estudo qualitativo, compreensivo e longitudinal, em nível de doutorado, desenvolvido junto a três duplas de cuidadores e pessoas adoecidas, abarcando o período entre sua admissão na UTI e os oito meses seguintes<sup>1</sup>. Nesse período, foram obtidos relatos de entrevistas interventivas, ocorridas em ocasião imediatamente posterior a saída da UTI e após três e seis meses, bem como registros de observações participantes, correspondentes a visitas realizadas diariamente durante a permanência da pessoa na UTI, três vezes por semana durante sua permanência em enfermaria hospitalar e duas vezes por mês após a alta hospitalar, analisados segundo os parâmetros da Análise de Conteúdo Temática (Turato, 2013). Destaca-se que todos os nomes próprios de pessoas, cidades e instituições foram substituídos por nomes fictícios ou omitidos visando preservar a identidade dos participantes.

Foram entrevistadas três mulheres, com idade entre 33 e 65 anos, que se identificaram como cuidadoras principais das pessoas internadas na UTI após um adoecimento grave inédito de um

---

<sup>1</sup> Tese de Doutorado intitulada “Doença grave e internação em terapia intensiva: experiências em longo prazo de pessoas adoecidas e cuidadores” (Casarini, 2013), de autoria de Casarini, K. A., realizada sob orientação da Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

parente próximo, que exigiu o uso de medidas de suporte avançado de vida por um período mínimo de sete dias. São elas:

1) Luzia, 33 anos, casada, mãe de uma menina de quatro anos, funcionária de uma instituição financeira, residente em uma cidade distante 90km do hospital, irmã de Vitória, 36 anos, divorciada, mãe de quatro filhos, admitida na UTI em função de graves complicações de um tratamento quimioterápico para a redução de uma neoplasia e futura ressecção. Vitória permaneceu na unidade por 19 dias. Ao longo de oito meses, foi hospitalizada diversas vezes para a realização de procedimentos cirúrgicos e/ou tratamentos clínicos. Luzia e Vitória eram as únicas filhas de Ana, 60 anos, diagnosticada com transtorno de humor, o que a colocava em uma condição de dependência parcial das filhas.

2) Helena, 57 anos, separada, trabalhava como costureira em sua própria casa com a finalidade de garantir sua subsistência, mãe de sua filha única Isabela, 37 anos, vítima de atropelamento em via pública. Isabela foi admitida na UTI devido a grave infecção pós cirurgia ortopédica, permanecendo na unidade por 15 dias. Após saída da UTI, ficou internada em enfermaria hospitalar por 25 dias e, até o encerramento do estudo, seguiu realizando reabilitação ortopédica. Helena, residia em uma cidade distante 40km do hospital e, devido às suas restrições financeiras, dependia de obtenção de vaga no transporte concedido pela prefeitura da cidade de origem, ou permanecia no hospital como acompanhante quando lhe era permitido. Apesar da separação conjugal ter ocorrido há muitos anos, Helena dividia o espaço doméstico com o ex-marido, por não ter encontrado outro espaço de moradia viável para si.

3) Sonia, 65 anos, casada, aposentada, residente em cidade situada a 100km do hospital, mãe de Clara, 32 anos, solteira, portadora de Síndrome de Cushing e tumores neoplásicos, admitida na UTI devido a reações colaterais graves relacionadas ao seu tratamento, determinando sua permanência na unidade por 15 dias. Ao longo de oito meses, Clara retornou diversas vezes ao hospital com quadros de exacerbação de sintomas relativos à sua

patologia. Sonia dependia da disponibilidade de sua filha mais nova para realizar as viagens entre sua cidade de origem e a cidade onde Clara estava internada e apresentava problemas de saúde (hipertensão, diabetes e limitações dos movimentos dos membros inferiores, acompanhadas de dores intensas).

Vale ressaltar que cada uma dessas três mulheres se viu repentinamente diante da necessidade de internação na UTI da pessoa adoecida, sendo que dentre elas, Isabela, filha de Helena, não apresentava qualquer problema de saúde anterior ao atropelamento. Vitória e Clara tinham uma estória curta de adoecimento, encontrando-se em processo de investigação diagnóstica.

### **Experiências relativas ao tornar-se familiar cuidador no contexto de terapia intensiva**

Os relatos das participantes e as situações de observação permitiram apreender o modo como vivenciaram o aparecimento do adoecimento grave, bem como a necessidade de internação da pessoa adoecida na UTI, caracterizado por uma rápida sucessão de experiências ameaçadoras, tal como ilustrado no exemplo a seguir.

*Luzia: Assim, já foi difícil receber a notícia lá atrás do resultado, né? A gente abriu o resultado e está lá: Maligno. Parece que há um buraco assim na sua frente e você parece que vai cair, né? [...] Aí, o doutor me ligou no domingo de Páscoa [dizendo] que estava transferindo ela pra CTI, [dizendo]: “não, mas é por causa de uma pneumonia”. Aí, aquela notícia foi assim, traumática, eu até falei pra ele falar com meu marido. Porque eu choro muito fácil, sabe? Eu começo a falar e já começo a chorar. “Fala com o meu marido, explica pra ele, que eu não vou conseguir falar com o senhor”. Ele explicou tudo, eu vim vê-la no domingo aqui, mas ela estava bem. Ela estava com aquele respirador [não invasivo], ela estava bem. O médico simplesmente disse que ela teve uma pneumonia que estava sob controle, que se ela não começasse a respirar bem, ia tirar e ia intubar, mas que era só pra poupar energia. Até aí, tudo bem. [...] e ela ainda escreveu, estava alegre, normal. Aí, eu vim na terça-feira, e ela estava intubada e inconsciente, mas pra mim,*

*ainda era normal. [...] Só me caiu a ficha de que podia ser que ela não ficasse bem na terça-feira, quando eu vi que a doutora me chamou e falou, “olha, o risco da Vitória vir a óbito aumentou muito”. “Como assim aumentou muito?” Ela estava só com pneumonia, né? Então, aí que cai sua ficha de que aquela pessoa pode morrer, né? Naquele momento que eu descobri que ela podia morrer. E aí foi um calvário, porque você não imagina nunca que você vai ter uma irmã de trinta e seis anos que vai fazer um tratamento e que não volta, né? (Primeira entrevista, um mês após a saída da UTI)*

Luzia descreveu como foi surpreendida pela mudança repentina do estado de saúde de sua irmã, vivenciando reações emocionais de intensa angústia, desorientação e confusão, que podem ter favorecido a minimização do significado dos acontecimentos. A necessidade de internação de Vitória na UTI pareceu ampliar a desorientação, o desconhecimento e a impotência, acompanhadas de emoções desorganizadoras diante do dar-se conta da presença do risco de morte da irmã, atribuindo a esta experiência a qualidade de ser impensável. Destaca-se que as características de imprevisibilidade e desconhecimento podem ser intensificadas pelo contexto de terapia intensiva, já que as pessoas adoecidas não apresentavam uma história de adoecimento anterior, o que remete ao não planejamento ou a ausência de expectativa acerca da necessidade deste tipo de tratamento.

Vale notar que Luzia se refere às dificuldades, por ela enfrentadas para compreender os sentidos do diagnóstico de neoplasia recebido pela irmã, presentes ainda no momento em que a transferência para a UTI é anunciada. Nesse sentido, pode-se entender que Luzia encontrou-se diante de uma sequência de acontecimentos nunca imaginados até então, que inauguraram um novo lugar para ela (cuidadora) e para sua irmã (pessoa adoecida). Nesse contexto, pode-se apreender que não é possível para Luzia desempenhar qualquer função ligada à noção de cuidador, entendida como aquele que acompanha e auxilia a pessoa adoecida a se cuidar, atuando como elo entre a pessoa adoecida, equipe de saúde e família (Ministério da Saúde, 2008), uma vez que não lhe é

possível organizar suas vivências em sentidos inteligíveis que possam orientar suas ações. Luzia, assim, consegue aproximar-se gradualmente da compreensão da gravidade do estado de saúde de sua irmã, aproximação esta resultante do confronto com mudanças objetivas da realidade, que não permitem a sustentação da minimização dos acontecimentos.

De modo semelhante, Helena, ao contar sobre o momento de transferência de Isabela para UTI, permite apreender vivências de impotência, solidão e desconhecimento. A transferência da filha ocorreu à noite, repentinamente, como resultado de uma crescente instabilidade hemodinâmica, com presença de hipotensão, dificuldades respiratórias, agitação, febre, seguida de parada respiratória, testemunhadas por Helena. Ela descreveu que percebeu que Isabela *não estava bem (sic)*, que estava com febre e parecia estar com a *respiração estranha (sic)*. Mencionou que avisou a enfermeira, que informou que logo iria até o quarto levar medicação. Helena permaneceu ao lado de Isabela, pedindo que a filha ficasse calma. Após a chegada da enfermeira, disse que *tudo aconteceu tão rápido, só fiquei encostada na parede pra não atrapalhar (sic)*. Após a saída de Isabela da enfermaria, Helena foi informada de que poderia visitar a filha no dia seguinte, na UTI. Relatou ter ficado sozinha, sentindo-se angustiada, sem saber se poderia ficar na enfermaria, já que as regras hospitalares determinavam que o acompanhante somente poderia permanecer quando o paciente estivesse presente, e sem saber como poderia voltar para casa. Helena não reconhecia em suas relações alguém que se mostrasse disponível, para quem pudesse telefonar, comunicar a transferência da filha e pedir ajuda: *“Eu tentei ligar pro meu marido, não conseguia [...] depois, eu não consegui tirar o cartão do orelhão. Não sei onde ela tinha colocado. [...] aí, veio um moço tirar, mas estava tão nítido, na minha frente e eu não consegui enxergar (sic)*. Pode-se pensar que Helena descreve como foi tomada por angústias desorganizadoras diante do testemunho de sinais do agravamento da condição clínica de Isabela, acompanhados pela apreensão, por

não saber com o que se está lidando e como agir, ampliando as vivências de desamparo e a incerteza.

Dando sequência ao exame das vivências das participantes, notou-se que, durante a permanência da pessoa adoecida no serviço hospitalar, as participantes permaneceram presentes nos momentos de visita como expectadoras dos cuidados prestados pelos profissionais, destinatárias de informações sobre os tratamentos e sentinelas para decisões em situações de urgência. Entretanto, com a evolução clínica e gradual recuperação da pessoa, sua transferência para enfermaria comum e posteriormente para casa, as participantes foram convocadas a assumir e/ou providenciar recursos, de modo mais autônomo, para que a assistência fosse continuada, além de passarem a testemunhar/executar aspectos íntimos do cuidado, que anteriormente eram executados fora dos momentos de sua visita, como os procedimentos de higiene, curativos, e a ocorrência de manifestações somáticas não esperadas, como dores, sangramentos, vômitos, tal como ilustrado no exemplo a seguir.

*Sonia me encontra na UTI, dizendo que Clara está numa maca, no setor dos ambulatórios e me pergunta se eu não posso ir até lá. Vamos caminhando e conversando. Ela diz que Clara piorou muito, não come nada, vomita muito e ela já não sabe mais o que fazer. Diz sentir-se tensa e cansada, nada do que tenta funciona e sente que os profissionais a cobram por não conseguir controlar ou ajudar Clara a melhorar. Sonia está ansiosa, fala sem parar e um pouco confusa – mistura o que já aconteceu, com o que está acontecendo e com o que sente. Me diz que agora ela é quem está ficando doente. Nos últimos dias, Clara passou mal em sua cidade natal, teve um desmaio/convulsão e foi para o hospital, e ela, Sonia, ficou muito assustada e também passou mal – a pressão subiu, precisou de assistência. Diz não saber até quando vai aguentar e afirma que o que Clara tem é psicológico [no sentido de ser inventado, fingido e exagerado]. Sonia conta que os médicos dizem que todos os exames estão normais. Em casa, Clara, em alguns momentos, levanta, vai ao banheiro e tudo está bem, em outros, não consegue sair da cama, só chora. Quando procuram o hospital, os médicos as mandam pra casa, dizendo que está tudo bem, que os exames estão normais, que é*

*assim mesmo, mas ela não consegue viver tranquila com Clara e não sabe como lidar com estes momentos sozinha. Sonia diz que por isso foi me procurar, não sabe como fazer para acalmar Clara, que está chorando muito – precisa de ajuda. (Um mês após a saída da UTI)*

Nesse recorte, podem ser apreendidos a impotência e o cansaço vividos por Sonia, em relação ao cuidado de Clara, um mês após a sua saída da UTI. Sonia relata dificuldades para encontrar maneiras de responder às necessidades da filha (*nada do que tenta funciona (sic)*), que permanece apresentando episódios de mal-estar, acompanhados de sintomas de significativa repercussão física (desmaio/convulsão) e de oscilações de humor expressivas. Essas observações sinalizam que, após a saída da pessoa adoecida da UTI, há a presença de um grande número de necessidades complexas de cuidado que ficará a cargo, quase que exclusivamente, do familiar cuidador. Compreende-se, assim, que as cuidadoras participantes viram-se novamente diante de uma situação desconhecida e ameaçadora, na medida em que precisaram responder pelo cuidado da pessoa adoecida a partir de si mesmas, sem terem encontrado oportunidades suficientes de ensaio dessa função instrumental e simbólica enquanto parceiras de execução de ações de cuidado no hospital.

Além disso, Sonia descreve a sensação de ser cobrada pelos profissionais em relação ao controle do comportamento de Clara, diante da afirmação de que *os exames estão normais (sic)*. Essas experiências parecem colocar Sonia em um impasse: ao mesmo tempo em que testemunha a ocorrência de sintomas físicos, vive o encontro com enunciados profissionais/científicos indicando a normalidade do estado clínico de Clara. Tal impasse, somado aos desafios concretos do cuidado, podem contribuir para que Sonia atribua algum descrédito ao sofrimento da filha, para uma sensação de desorientação diante dos acontecimentos e para uma dificuldade crescente na relação com Clara, dada pela desconfiança e desgaste emocional.

Destaca-se a apreensão de solidão, desamparo e desorientação vividos por Sonia após a saída de Clara do hospital, sinalizando que a alta hospitalar não equivale a uma facilitação do cuidado na perspectiva do familiar cuidador. O acompanhamento em longo prazo de Luzia, Helena e Sonia revelou que a expectativa de facilitação do cuidado da pessoa adoecida, após a saída do hospital, não correspondeu à realidade vivida, marcada por diversos eventos novos, inesperados e graves relacionados ao adoecimento e associados ao sofrimento físico/emocional das pessoas adoecidas. Nesse contexto, as participantes responderam às exigências significativas do cuidado contando com pouco apoio das equipes de saúde, que, em geral, conferiam sentidos diferentes aos acontecimentos, tal como observado no trecho de Sonia, e, portanto, não reconheciam necessidades de atuação imediatas junto à pessoa adoecida ou ao familiar cuidador. Apresenta-se a seguir a descrição de uma situação em que Luzia aguarda pelo médico, permitindo ampliar as reflexões realizadas.

*Encontro Luzia sentada, sozinha, na sala de espera dos consultórios. Ela está encolhida, como se estivesse com frio. Me aproximo, a chamo e pergunto se tudo está bem. Ela me conta que Vitória está tomando uma medicação [quimioterapia] em uma sala próxima e ela está aguardando o médico. Ele a viu rapidamente no corredor, acompanhada de Vitória, e pediu-lhe que lhe telefonasse. Luzia diz ter pensado que ele quisesse falar algo que não poderia ser dito na frente de Vitória. Resolveu, então, esperar para ver se ele aparecia. Neste momento, começa a chorar e tremer, dizendo que teme uma notícia ruim. Ficamos em silêncio, depois de um tempo, ela me olha, diz que gosta de conversar comigo. Seguimos pensando juntas em como lidar com a situação, ponderando que ela poderia procurar pelo médico e saber se ele ainda estava ali, ou ligar pra ele, conforme ele havia sugerido. Digo que poderia ajudá-la. (Observação participante, Luzia, 04/07/11, corredor do ambulatório)*

Nesse contexto, encontro Luzia retornando ao hospital para trazer Vitória para uma sessão de quimioterapia, sendo que ambas se mostravam preocupadas com ela, já que foi uma complicação



desse tratamento que motivou a admissão de Vitória na UTI. Nesse sentido, é possível pensar em como o retorno para o hospital se apresentava como potencialmente ameaçador e fora das possibilidades de controle dos acontecimentos por elas. A enunciação de uma mensagem incompleta pelo médico para Luzia, quando solicitada que ela lhe telefonasse, pareceu ganhar sentidos marcados por estes aspectos ameaçadores, derivados das experiências vividas, favorecendo uma leitura pessimista dos acontecimentos e a vivência de uma certa paralisia que dificultava a eleição de um curso de ação mais efetivo. Destaca-se assim que Luzia, em uma situação que poderia ser vista como simples, mostra a necessidade de ser auxiliada a localizar parâmetros orientadores acerca dos sentidos presentes na realidade. Tais sentidos, nas situações de adoecimento grave, são atravessados pelo encontro com a fragilidade e finitude humanas, lançando luz sobre mais um desafio pertencente a tarefa de ocupar o lugar de cuidador – a necessidade inegável de se defrontar com a finitude e fragilidade humanas em si e na pessoa adoecida. É Luzia ainda quem desvela que a constituição do lugar de cuidador também é permeada pelos modos como a relação com a pessoa adoecida pode ser vivida, como ilustrado a seguir.

*Luzia: A Vitória é muito falante, ela fala. Ela fala dos filhos, ela conta, mas, descobrir o que vai dentro dela, eu que sou irmã dela, por muitas vezes eu não sei. [...] então, às vezes ela chora, eu pergunto o que está acontecendo, ela não me fala. Claro que ela não me fala, eu sou uma pessoa que tenho respostas, “porque você não fez certo, ou, não vai pensar nisso agora”. [...] e eu não sei se ela está chorando pelas coisas que passaram, se ela está chorando de medo, se está chorando de tristeza pelo real da situação dela. E aí, eu não sei o que falar pra ela, e às vezes, eu vou lá no quarto e começo a chorar, porque eu não sei o que falar pra ela. [...] eu penso assim, a situação dela é ruim, às vezes, eu até falo pra ela: “Vi, a sua situação é muito ruim, mas você não estaria feliz se estivesse na minha situação”. É muito ruim você ver alguém que você ama sofrer e não poder fazer absolutamente nada. Mas, o que eu posso fazer? Eu posso vir aqui com ela, fazer um curativo, eu posso comprar um remédio, eu posso fazer a comida, só. Eu não posso tirar a dor*

*dela, eu não posso fazer ela não passar pela cirurgia. Eu não posso fazer ela não ter a bolsa [de colostomia]. Eu não posso fazer a bolsa dar certo, eu não posso fazer ela se sentir bem com aquilo. É ruim porque você se sente de mãos amarradas.* (Segunda entrevista, três meses após a saída da UTI)

Luzia, nesse trecho, dá visibilidade às angústias que vivencia na relação com a sua irmã, mencionando suas dificuldades para acessar/saber o que se passa com ela, ressaltando a impotência diante do testemunho do sofrimento e das perdas de Vitória, bem como da impossibilidade de impedir que a irmã continue a lidar com as consequências do adoecimento. Chega-se à conclusão de que essas angústias enunciam questões sobre como transformar a relação vivida entre pessoa adoecida e cuidador, ajustando-a ao novo contexto imposto pelo adoecimento grave e internação. Nesse sentido, mostra-se que a cuidadora, a partir do estado de fragilidade e sofrimento da pessoa adoecida, percebe-se em meio às exigências pessoais, voltadas para a possibilidade de aproximar-se afetivamente, compreender e auxiliar a pessoa adoecida, bem como exigências externas, representadas principalmente pela necessidade objetiva de tomar decisões relativas aos tratamentos. Dessa forma, desvela-se mais um aspecto relativo ao ocupar o lugar de cuidador de uma pessoa gravemente adoecida, configurado pelo impasse gerado pelo chamado pessoal para responder ao sofrimento testemunhado, amparando-o e auxiliando a solucioná-lo, e à impotência sentida diante da crueza das consequências inevitáveis do adoecimento grave.

Destaca-se como esse impasse, vivido na relação entre Luzia e Vitória, permite vislumbrar o predomínio da angústia de impotência vivida por Luzia, redundando em uma condição de confusão diante da irmã e no risco de um distanciamento dela. Considera-se que estar diante da pessoa adoecida com tal sensação de não poder ajudá-la a modificar seu estado de saúde pode tornar-se insuportável, dificultando o contato com experiências por ela vivida. Assim, a invisibilidade ou o não compartilhamento de uma área de experiências pode contribuir para um engessamento da

relação entre pessoa adoecida e familiar cuidador, prejudicando a possibilidade de vivê-la como um encontro autêntico e transformador, redundando em um certo fechamento para trocas recíprocas nas interações e para o reconhecimento do não saber, com predomínio de um estado de desamparo e sofrimento.

Desse modo, ocupar o lugar de cuidador, na perspectiva das participantes, foi permeado pelo confronto solitário com uma realidade desconhecida, para a qual não houve preparo possível. A inesperada transferência das pessoas adoecidas para UTI, associada aos diagnósticos recém recebidos, não permitiram que os acontecimentos pudessem adquirir a qualidade de inteligibilidade, sendo captados na perspectiva da ameaça à vida e, recebendo como possibilidades de ação, respostas reacionais primariamente ligadas às emoções. Elas se viram na condição de serem responsáveis pelo recebimento e compreensão de notícias, que deveriam resultar em ações relativas a tomadas de decisão sobre os acontecimentos, pressupondo sua autorização/concordância com as terapêuticas, além de lidarem com a expectativa de disponibilidade imediata da sua presença no hospital. Esta parece ser a expectativa e/ou necessidade das equipes de saúde, que absorvidas pelas tarefas inerentes ao cuidado da pessoa adoecida, buscam por um familiar cuidador que já se apresente pronto a realizar o que lhe cabe, em uma realidade que ele já deve ser capaz de apreciar e reconhecer.

Entretanto, as vivências das participantes mostram que, tornar-se cuidador não se resume, simplesmente, a desempenhar um conjunto de ações facilmente acessíveis, explicadas por uma noção prescritiva de papel social que, conforme Pinheiro (2017) determina um conjunto de funções, atribuições e comportamentos que circunscrevem um determinado modo de agir. Neste estudo, propõe-se que tornar-se cuidador refere-se a um processo de constituição de um *lugar*, que possui um saber e sentidos afetivos-reflexivos elaborados tanto para si mesmo, quanto para a pessoa adoecida. O termo *lugar* implica no entendimento de que ele “contém tanto uma ideia de identificação e pertencimento, como de posição dinâmica que se delinea no espaço afetivo relacional”

(Pinheiro, 2017, p.88), configurado aqui pela expressão pessoa adoecida-familiar cuidador-adoecimento-UTI. Neste sentido, o *lugar* de cuidador precisa ser constituído pelo familiar, o que sinaliza a necessidade de que um trabalho sobre tal constituição se realize com a participação da equipe de saúde.

### **Constituição do lugar de cuidador: a necessária interlocução entre cuidador/pessoa adoecida/equipe profissional**

A internação de uma pessoa na UTI, nas situações aqui examinadas, implicou objetivamente na necessária presença de um familiar cuidador no contexto hospitalar. Contudo, a partir dos sentidos apreendidos nas vivências de Luzia, Helena e Sonia, notou-se que tal familiar pode não dispor de condições pessoais e materiais/instrumentais imediatas para ocupar autenticamente este lugar. Luzia, Helena e Sonia mostraram desconhecimento e desorientação em relação às exigências que acompanharam o lugar de cuidador e aos modos possíveis de configurá-las em uma vida em que também ocupavam outros lugares, além de relatarem dificuldades para reconhecer as necessidades da pessoa adoecida e para encontrarem amparo para as próprias. Desse modo, pode-se questionar o que poderia auxiliar essas mulheres a constituírem-se também como cuidadoras das pessoas adoecidas.

Mortari (2018), em uma análise fenomenológica do cuidado, pressupõe o estabelecimento de uma relação assimétrica, em que alguém realiza uma prática por meio da qual se responsabiliza por um outro, percebido como ser de necessidades, sendo que, ao cuidador, é atribuído o poder de salvaguardar e proteger a existência de quem é cuidado. Ainda, tal noção de cuidado exige daquele que cuida prontidão e capacidades instrumentais e reflexivas para executar ações de cuidado, contando, de modo geral, com poucas possibilidades de contemplar as próprias necessidades.

Esse pressuposto, apontado pela autora, ressalta a alta exigência e complexidade presentes na tarefa de cuidar, sinalizando ainda que constituir-se como cuidador implica na

capacidade de perceber as necessidades do outro e de dedicar-se a ele. Entretanto, ao mencionar que ao cuidador mostra-se a exigência de capacidades reflexivas para a execução das ações de cuidado, Mortari (2018) indica que é parte fundamental dessa função a possibilidade de contemplar e articular reflexivamente o que é vivido, podendo posicionar-se e tomar decisões a partir de si mesmo, o que implica em um não abandono de si mesmo.

De forma complementar, as concepções de Stein (1933/2003) sobre a estrutura da pessoa humana afirmam que é por meio da articulação de diferentes atos de consciência acerca do vivido que se constituem vivências dotadas de sentido, que permitem que a pessoa humana seja capaz de refletir sobre si mesma, ser sujeito e objeto de sua própria reflexão e governar-se a partir de posicionamentos correspondentes a si e, também, de ser livre para fechar-se diante de situações externas ou escolher sua atitude e ações diante de suas reações psíquicas. Ainda nesta direção, Ales Bello (2014) enfatiza que só é possível perceber/reconhecer o outro na medida em que a pessoa puder tomar consciência de si mesmo. Essas considerações permitem pensar que o processo de constituição do lugar de cuidador envolve um voltar-se para o outro, mas, antes, exige um olhar continente e compreensivo voltado a si mesmo. Assim, a possibilidade de se reconhecer e agir como alguém que possa auxiliar o outro como cuidador requer a tomada de consciência de si, daquilo que acontece a si e ao outro na relação de cuidado.

Nesse sentido, compreende-se que tornar-se cuidador no contexto de terapia intensiva integra o processo de desenvolvimento e formação da pessoa humana, sendo atravessado pela exigência de tomada de consciência e atualização de potências. Para Stein (1917/2004), o ser humano é um ser em relação subjetiva e intersubjetiva, sendo que sua formação ocorre por meio das interações e negociações entre o interno e o externo. Esse trânsito permite que as potências pessoais sejam despertadas, colocadas em ação e atualizadas. Isso remete à importância de se manter 'em relação', apresentando ao outro aquilo que se é e

observando aquilo que o outro oferece, movimento que se mostra fundante da possibilidade de se constituir como cuidador.

Dessa forma, é por meio da sustentação da relação familiar/pessoa adoecida que se pode tomar consciência das vivências próprias e daquela, criando possibilidades para a formulação, pelo familiar cuidador, de sentidos inteligíveis que superem os posicionamentos de natureza reacional e favoreçam sua atuação no cuidado do outro. Contudo, no cenário aqui examinado, a natureza repentina, desconhecida e ameaçadora da mudança de estado de saúde da pessoa adoecida e do contexto de terapia intensiva pode dificultar a sustentação de tal relação. Ao voltar o olhar para o familiar cuidador pode-se considerar que, nessa circunstância, conforme apreendido com a experiência de Luzia, Helena e Sonia, há um predomínio de vivências de tipo reacional, com possibilidades limitadas de articulações reflexivas das mesmas, o que sugere a necessidade de auxílio para que tal processo possa ser facilitado.

Assim, afirma-se como o trabalho da equipe multiprofissional pode se apresentar como fonte de amparo, contribuindo para a sustentação da relação entre familiar cuidadora e pessoa adoecida, como nas situações em que as dificuldades das cuidadoras puderam ser percebidas e as ações da equipe puderam avançar para além do contato técnico e da solicitação de decisões e providências, exemplificadas a seguir. Isto não significa afirmar a necessidade de constituir um serviço especializado na atenção aos familiares cuidadores, mas, sim, ressaltar a importância da abertura a um contato sensível com a pessoa do cuidador, consciente de que este necessita encontrar meios e saberes que o auxiliem a constituir este lugar, dentro dos seus limites. Um contato desse tipo foi descrito por Luzia, conforme o trecho a seguir.

*A doutora Ana Cláudia, não sei se a senhora conhece ela (...) ela é fofo em todos os sentidos, ela é dedicada, ela é atenciosa, ela é preocupada, ela é o tipo de pessoa que se importa, ela não se importa só com o tratamento dela, se o paciente vai chegar, o que ela vai fazer, ela se importa de verdade, sabe, então*

*ela está preocupada com essa dor [referência a uma dor que Vitória sentia constantemente e que era avaliada por outro médico como sendo uma consequência natural da cirurgia] também. Ela até questionou da cirurgia, da dor, porque não é normal essa dor. (Terceira entrevista, Luzia, 19/09/11, sala da UTI).*

De forma geral, pode-se pensar que o contato de Luzia e a médica pôde auxiliá-la a sentir-se acompanhada por alguém que se interessava pela pessoa adoecida, mostrando-se como alguém que também buscava por recursos para aliviar seu sofrimento. Nessa relação, parece que a médica e Luzia puderam ser parceiras na tarefa de conhecer e lidar com o que era desconhecido no processo de adoecimento, assumindo que a responsabilidade pelo cuidado é partilhada.

Assim, o contato da cuidadora com a equipe de saúde pôde auxiliar na configuração do sentido de seu lugar diante da pessoa adoecida, por meio do reconhecimento de sua presença, do auxílio à aproximação da pessoa adoecida e da promoção de um envolvimento com uma condição perpassada por incertezas. Isso também pode ser observado, na fala de Helena, quando ela relata o incentivo apresentado pelo médico para que ela falasse com Isabela:

*Porque já há dias, uns dois ou três dias antes [na UTI], o doutor falava assim: "Pode conversar com ela, que ela já responde. Responde assim, responde abrindo o olho, fazendo movimento, né?" Aí, eu perguntei pra ela, falei pra ela abrir o olho, ela abriu. [...] eu fui embora contente porque vi que ela estava melhorando. (Primeira entrevista, Helena, 30/06/11, refeitório da enfermaria)*

Nessa situação, o médico descreveu para Helena as possíveis respostas de Isabela e ofereceu parâmetros que a auxiliaram a atravessar a incerteza vinculada a um encontro caracterizado por respostas sutis e efêmeras. Ambos, médico e cuidadora, dividiram o desafio de estar diante de alguém debilitado, submetido a uma condição de sofrimento e sem possibilidade de informar com precisão o que sentia. Essa troca entre profissional e cuidadora

pôde contribuir para que Helena pudesse, gradualmente, orientar-se em relação à pessoa adoecida, identificando respostas e sinais de melhora, de modo a reunir conhecimentos sobre o tipo de cuidado agora necessário.

Nesse sentido, tornar-se um cuidador passa pela articulação de sentidos, a partir do que é vivido, dependendo das possibilidades de ativar atos de consciência reflexivos. Não se trata, portanto, de um lugar que se estabelece espontaneamente na história das pessoas, tal como apreendido nos recortes citados. É nessa direção que se pode afirmar, que o familiar cuidador lida com o desafio de reconhecer, e poder 'pensar' as novas exigências de posicionamentos estabelecidas pelo encontro com o processo de adoecimento e tratamento da pessoa adoecida.

Assim, o olhar atento e cuidadoso dos profissionais da equipe de saúde pode se apresentar como recurso fértil para o reconhecimento dos modos como o familiar tem vivenciado o adoecimento e a internação da pessoa adoecida, bem como para o fomento da constituição de um lugar de cuidador em seu contexto de vida. A inclusão dos familiares cuidadores no plano de atenção à saúde da pessoa adoecida volta-se, assim, para a busca pelo entendimento das formas como eles são afetados pelo adoecimento grave e internação na UTI, e para os modos como elaboram sentidos para a sua ação diante desses acontecimentos, favorecendo a integração entre a materialidade das ações e um modo de ser autêntico. A perspectiva aqui adotada é a de que o cuidar de alguém gravemente adoecido envolve um processo de interpelação e transformação de si, que necessariamente participa da execução objetiva/material das ações de cuidado. Assim, prestar cuidado a alguém traz em si um tensionamento entre a materialidade/exterioridade das ações e o reconhecimento da complexidade da tarefa de cuidar, na medida que esta não é delimitada exclusivamente pelo fazer objetivo, mas também pela abertura às suas repercussões e transformação da pessoa enquanto cuidador (Mortari, 2018). Em outras palavras, os familiares cuidadores necessitam reconhecer a própria experiência diante do



lugar de cuidador, de modo a poder estar efetivamente presentes na ação que realizam, ancorados em seu próprio modo de ser (Mahfoud, 2008). Ressalta-se que tal perspectiva admite a importância da oferta de oportunidades de treinamento ou capacitação para a execução de ações concretas relativas ao cuidado. Entretanto, considera-se que a instrumentalização do familiar cuidador, apesar de necessária e importante, não é suficiente para promover a constituição do lugar de cuidador.

As concepções de Stein (1933/2003) sobre tipos de associação humana podem auxiliar nas reflexões aqui realizadas. A filósofa denomina de comunidade uma forma de associação humana constituída sobre uma base de compreensão recíproca e de solidariedade, entendida como a abertura que permite o desenvolvimento da eficácia das pessoas, a partir do fortalecimento e ajuda mútuos. Dessa forma, a comunidade implica no estabelecimento de relações que podem promover crescimento e cuidado por meio de um envolvimento com esforços para viver e criar juntos. Nesse sentido, aponta-se que o desenvolvimento de 'relações de comunidade' entre *profissional/familiar cuidador/pessoa adoecida* pode ampliar a disponibilidade para conhecer e pensar os desafios envolvidos na tarefa de cuidar. Além disso, o compartilhamento de experiências pode, também, promover uma atualização das percepções da cuidadora sobre a pessoa adoecida, sobre si mesma e sobre os profissionais. Essa atualização pode ser favorecida pela aproximação necessária entre as pessoas e pela maior consciência daquilo que se passa com o outro, oferecendo a oportunidade de contrapor o que se imagina com o que de fato ocorre. Considera-se que isso tem fundamental importância diante de uma realidade que se mostra instável e cercada de eventos imprevisíveis. Vale destacar que, na perspectiva de Stein (1933/2003), são a solidariedade e a responsabilização recíproca que podem fornecer a fonte de força para enfrentar o imprevisível e para pensar o impensável. Para além disso, a abertura ao outro permite uma transformação daquilo que se sabe/supõe, favorecendo o crescimento das pessoas, a despeito da resolução

definitiva de uma questão. Desse modo, afirma-se que para uma parceria de cuidado se formar, parece ser importante reconhecer que o cuidador também é uma pessoa e que precisará das mesmas condições de encontro que a pessoa adoecida para sustentar as experiências e pensá-las.

A constituição da função de cuidador parece, assim, se beneficiar do compartilhamento de vivências, construído a partir das negociações e aproximações possíveis entre *familiar cuidador/pessoa adoecida/profissional*. Nesse sentido, a observação, a reflexão e a transformação conjunta das vivências podem contribuir para a afirmação de que, neste campo de incertezas, a responsabilidade pelo encontro de soluções possíveis também é partilhada. É preciso que os esforços de *familiar cuidador/pessoa adoecida/profissional* estejam minimamente sintonizados, e possam ser redirecionados em função de alterações nas condições presentes, para que resultados coerentes com a vida tal como é vivida possam ser alcançados. Dessa forma, o estímulo à presença da familiar cuidadora junto à pessoa adoecida, o auxílio para o encontro de meios de comunicação eficazes que permitam que uma conversa se inicie e a ajuda para sustentar comunicações carregadas afetivamente e marcadas pelos limites da realidade podem ser entendidos como os primeiros passos na direção do compartilhamento. Vale destacar que essa perspectiva de compreensão do compartilhamento de vivências pressupõe que as pessoas, incluindo a pessoa adoecida, são capazes de suportar e lidar com aspectos da realidade potencialmente frustrantes, desde que possam contar com o amparo autêntico proveniente da relação estabelecida entre elas e do ambiente.

Retoma-se, aqui, o trecho em que Luzia estava sozinha, na sala de espera dos consultórios, aguardando o médico, que passou rapidamente e lhe pediu que lhe telefonasse: *“Luzia diz ter pensado que ele quisesse falar algo que não poderia ser dito na frente de Vitória. Resolveu, então, esperar para ver se ele aparecia. Neste momento, começa a chorar e tremer, dizendo que teme uma notícia ruim”*. O pedido feito pelo médico, rapidamente, no corredor, sem uma contextualização,

provocou uma desorganização emocional e o surgimento de pensamentos e fantasias assustadores, que colocaram a cuidadora em uma posição de desamparo. Mostra-se, assim, como o acompanhamento de uma pessoa gravemente doente implica na necessidade do profissional observar e se responsabilizar pelos efeitos de suas ações diante do cuidador. Este último também se encontra em uma posição de vulnerabilidade e precisa de ajuda para enfrentar as situações impostas pelo adoecimento grave. A ajuda, nesse caso, pode assumir a forma de uma comunicação clara, contextualizada e completa, realizada em uma circunstância minimamente favorecedora de um contato real e com tempo mínimo para ser realizado, entre profissional e cuidadora. Isso pode corresponder, no cotidiano do trabalho em saúde, a adoção de uma presença interessada e refletida dos profissionais, de modo a oferecer, nos momentos de contato com os cuidadores, elementos que possam assegurá-los e orientá-los nas situações vividas. Vale ressaltar que o uso do termo assegurar, aqui, não remete a uma postura em que se garante aos cuidadores de que tudo vai bem com a pessoa adoecida. Remete, sim, a uma postura em que os profissionais realizem esses contatos de modo organizado, com o reconhecimento de que, por constituir parte de seu trabalho, eles também demandam algum tempo de dedicação e planejamento. De outro lado, o uso do termo orientar não significa, simplesmente, transmitir informações de modo automático, mas, sim, envolver-se em conversas nas quais as informações possam ser tratadas de modo articulado com o que os cuidadores já conhecem e com as suas necessidades. Considera-se que a adoção de uma presença com tais características respeita as exigências técnicas e éticas do trabalho em saúde, auxilia na organização psíquica dos cuidadores e promove a realização de um cuidado integral em saúde.

Por fim, reflete-se, ainda, que apontar a equipe de saúde como fonte de amparo para os cuidadores pode colocar os profissionais em uma condição de invisibilidade e de sobrecarga de atividades. Se eles já enfrentam dificuldades para dar conta do trabalho de assistência da pessoa adoecida, da rotina exigente e dos

sentimentos despertados em si mesmos, como ainda pensar que podem cuidar dos cuidadores? Simplesmente apresentar esta como mais uma exigência seria uma desconsideração a todas as reflexões apresentadas. Assim, considera-se que os profissionais também podem vivenciar momentos de alguma vulnerabilidade pessoal e encontrar-se com limites de ação, que aparentemente não pertencem ao contexto de seu trabalho e que, portanto, deveriam ser silenciados. Diante disso, retomando a direção anteriormente apontada, enfatiza-se que os profissionais também podem se beneficiar da possibilidade de reconhecer que o cuidado se constitui a partir de uma parceria de trabalho entre eles, a pessoa doente e as cuidadoras. Assim, o exercício profissional, numa dimensão de cuidado e ética, requer a aproximação com pessoa doente/cuidadores e a negociação sobre os modos de se realizar as terapêuticas, sempre que possível, de modo não só a respeitar seus posicionamentos, mas também contar com sua participação ativa e apoiadora na execução das ações de saúde. Vale ressaltar que se legitima, aqui, que o trabalho de assistência em saúde diante de uma pessoa que adocece gravemente e/ou que está em uma UTI implica, muitas vezes, na capacidade de realizar diagnósticos e executar terapêuticas em condições de urgência ou de importantes riscos à vida. Tratam-se, assim, de profissionais que precisam estar preparados para escolher e realizar rapidamente terapêuticas que salvam a vida das pessoas que ali estão sob seus cuidados, sem possibilidades de adiamento destas ações. Entretanto, pode haver momentos e condições específicas apresentadas pelas pessoas doentes em contexto de terapia intensiva que não demandem mais por este tipo de postura, abrindo caminho a um cuidado mais compartilhado entre *profissional-pessoa doente-cuidador*.

A questão que se coloca é a de que esses profissionais, assim como qualquer outra pessoa, terão as condições de envolver-se neste trabalho, da forma aqui discutida, a partir do encontro com algum respaldo que os permita sustentar as vivências. No caso deles, considera-se que esse respaldo pode vir da construção de uma rede de solidariedade dentro da própria equipe

multiprofissional. Essa rede de solidariedade só pode ser construída se houver espaços para que relações entre pessoas humanas se estabeleçam entre os membros da equipe. Novamente, toma-se a concepção de comunidade de Stein (1933/2003) como uma ferramenta de reflexão sobre a formação de uma equipe de saúde que possa dar suporte aos elementos pertencentes ao contexto de trabalho, para além da perspectiva técnica. Uma equipe pode se formar como comunidade quando houver uma ligação entre as pessoas, consideradas em suas singularidades e em permanente interação, por meio do desenvolvimento de uma relação positiva recíproca. Isso não significa afirmar que uma equipe enquanto comunidade só pode se constituir quando houver uma concordância homogeneizadora entre seus membros. Mas, antes, afirmar que nesse espaço coletivo podem ser recebidos e reconhecidos, como pertencentes a ele, aspectos diferentes e novos, que podem enriquecer a perspectiva coletiva por meio da transformação daquilo que já se reconhece como sendo objeto de atenção da equipe de saúde. Isso remete a uma abertura para receber e pensar o que escapa aos protocolos, ao que já está dado e é esperado nas relações de cuidado, permitindo que aspectos individuais e necessidades sejam abarcados nos processos de trabalho da equipe de saúde.

Dessa forma, ao pensar no contexto médico hospitalar atual, é possível afirmar que a possibilidade da oferta de um cuidado humano e integral passa pela constituição de uma equipe enquanto comunidade, amparada por uma rede de solidariedade, e norteadas pela responsabilização recíproca. O esforço para a transformação das relações em uma equipe de saúde aponta à necessidade de trabalhar pela criação de oportunidades para o surgimento de conversas autênticas entre os profissionais, sobre as repercussões do contato com as pessoas adoecidas e suas cuidadoras, sobre os limites encontrados nestas relações, sobre o reconhecimento dos esforços envidados e o alcance limitado das ações. Significa, assim, tratar daquilo que escapa ao domínio técnico e que provoca as pessoas para além da esfera estritamente profissional. Significa

criar espaços que permitam olhar para as atitudes presentes nas relações com os outros e consigo mesmos, para além das ações pautadas na cura e na doença, de modo a oferecer oportunidades de continência para as ressonâncias. Momentos como esses podem contribuir para que os resultados terapêuticos possam ser analisados e devolvidos para aqueles que participaram da realização das ações, de modo a ampliar a perspectiva de entendimento da noção de cuidado e amparar as vivências humanas dolorosas. Considera-se que esforços como esses podem contribuir para que uma equipe de saúde se torne um ambiente que seja para si mesma uma fonte de força e crescimento pessoal, uma vez que promove o reconhecimento das pessoas e a atribuição de um sentido partilhado ao trabalho realizado.

### **Considerações finais**

As reflexões apresentadas, a partir das experiências vividas por Luzia, Sonia e Helena, permitiram apreender a necessidade de uma relação regular, interessada e dotada de abertura e disponibilidade com os profissionais para a facilitação da constituição de sua função de cuidar. Nesse sentido, as oportunidades de encontro e diálogo auxiliaram as participantes a organizarem inteligibilidades para o vivido com as pessoas adoecidas, a partir de sinais buscados no ambiente físico, nas rotinas de funcionamento e nas interações estabelecidas.

Afirma-se, assim, que o cuidado em saúde, entendido como o conjunto de ações que podem auxiliar as pessoas a vivenciarem um tempo presente, ativo e gratificante, e um tempo futuro projetado com esperança, remete a um ambiente que contenha relações facilitadoras. Práticas de cuidado à saúde, pautadas pela lógica da integralidade, necessariamente consideram a disponibilidade de abertura das pessoas, que compõem as equipes, ao reconhecimento do outro. Essa visão legitima a empatia como percepção imediata da presença do outro e tem como pretensões considerar as experiências vividas numa perspectiva intersubjetiva e buscar pela

superação da solidão humana. Nesse sentido, tal visão do cuidado coloca em primeiro plano a criação de condições para que *o estar acompanhado* seja uma constante nas ações de saúde, independente das perspectivas de reversibilidade do adoecimento. Afirma-se, assim, a preservação e o desenvolvimento das capacidades de criatividade, expressividade e liberdade, tanto das pessoas adoecidas, cuidadores, como dos profissionais. Enfatiza-se, desse modo, a importância de considerar os potenciais de intervenção a partir das relações humanas, como promotores de transformações, principalmente em um contexto em que podem faltar as palavras, ou elas podem não ser ferramentas disponíveis de comunicação.

Considera-se que, no atual momento histórico da assistência em saúde, em que prevalecem um individualismo e tecnicismo marcantes, uma intolerância ao contato com o sofrimento e a busca por sua rápida eliminação, o psicólogo pode figurar como um profissional importante nas equipes de saúde. O psicólogo, a partir de seu campo de saber, pode contribuir para a intermediação das relações entre as pessoas, favorecendo seu surgimento enquanto sujeitos e auxiliando no estímulo à formação de uma comunidade, tal como entendida por Stein. Estas ações, de cunho psicológico, podem fomentar relações solidárias e humanas dentro das equipes de saúde. A presença da solidariedade pode favorecer a tomada de consciência das necessidades, percebidas por meio da empatia, fortalecendo os profissionais e amparando pessoa adoecida-cuidador-profissional nas vivências dolorosas.

## Referências

Ales Bello, A. (2014). Intrapessoal e Interpessoal: linhas gerais de uma antropologia filosófico-fenomenológica. In J. Savian, *Empatia – Edmund Husserl e Edith Stein – Apresentações didáticas* (pp.9-28). São Paulo: Loyola.

- Alfheim, H. B., Småstuen, M. C., Hofsvø, K., Tøien, K., Rosseland, L. A., & Rustøen, T. (2019). Quality of life in family caregivers of patients in the intensive care unit: A longitudinal study. *Aust crit care*, 32(6), 479-485. doi: 10.1016/j.aucc.2018.09.005.
- Björk, K., Lindahl, B., & Fridh, I. (2019). Family members' experiences of waiting in intensive care: a concept analysis. *Intensive crit care nurs*, 50, 21-27. doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.010.
- Casarini, K. A. (2013) *Doença grave e internação em terapia intensiva: experiências em longo prazo de pessoas adoecidas e cuidadores*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperada de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08102013-154542/es.php>
- Imanipour, M., Kiwanuka, F., Rad, S. A., Masaba, R., & Alemayehu, Y. H. (2019). Family members' experiences in adult intensive care units: a systematic review. *Scand j caring sci*, 33(3), 569-581. doi: 10.1111/scs.12675
- Mahfoud. M. (2008). Unidade da pessoa segundo Edith Stein: contribuições à educação para a Nutrição. *Psicologia Usp*, 19(4), 447-454. doi: 10.1590/S0103-65642008000400003
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2008). *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)
- Minton, C., Batten, L., & Huntington, A. (2019). A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences. *Intensive crit care nurs*, 50, 21-27. doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.010
- Mortari, L. (2018). *Filosofia do cuidado*. São Paulo: Paulus.



- Pinheiro, B. C. (2017). *Grupo comunitário de saúde mental: formação de recursos humanos*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-20032018-132235/pt-br.php>
- Stein, E. (2003) Estructura de la persona humana. In E. Stein, *Obras completas: escritos antropológicos y pedagógicos* (Vol. IV, pp. 555-749). Madrid, Espanha: Editorial de Espiritualidad. (Trabalho original publicado em 1933).
- Stein, E. (2004). *El problema de la empatia*. Burgos, Espanha: Editorial Trotta. (Trabalho original publicado em 1917).
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (6a ed.). São Paulo: Vozes.
- Wong, P., Redley, B., Digby, R., Correya, A., & Bucknall, T. (2020). Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust crit care*, 33(4), 317-325. doi: 10.1016/j.aucc.2019.06.002.

## CAPÍTULO 11

### **Protagonismo e vulnerabilidades de mulheres que escolheram o parto domiciliar planejado.**

*Lícia Barcelos de Souza*

*Lydiane Bocamino*

*Carmen Lúcia Cardoso*

#### **Introdução**

Nas últimas décadas, temos observado avanços e a consolidação do modelo de parto domiciliar planejado (PDP), ainda como uma escolha de mulheres, predominantemente, dos centros urbanos. Esse modelo não dispensa o apoio de profissionais de diversas especialidades, qualificados para garantir a assistência na gestação, parto e pós-parto imediato (Feyer, Monticelli, Boehs & Santos, 2013; Feyer, Monticelli, & Knobel, 2013; Pompeu, 2019).

A escolha pelo PDP tem provocado diversas reações, baseadas em valores e sentimentos tanto nas mulheres e em suas famílias, quanto nos profissionais de saúde. Alguns dos fatores apontados pelos casais que fazem essa opção são: o desejo de afastamento do ambiente hospitalar e das cesáreas eletivas, o desejo de vivenciar o nascimento com maior autonomia para a mulher e ainda proporcionar uma recepção mais acolhedora ao bebê.

Entretanto, Sanfelice e Shimo (2014) esclarecem que o parto domiciliar planejado no Brasil ainda é uma opção pouco explorada e que tem gerado grande polêmica, tendo em vista que o campo tradicional da medicina obstétrica o considera como um retrocesso, diante de tantos recursos disponíveis atualmente para a realização de partos no ambiente hospitalar, que podem evitar o risco à vida da mãe e do bebê. De forma contrária, na Holanda, Canadá e Austrália, o parto domiciliar planejado é reconhecido e estimulado pelo

sistema de saúde, por ser considerado um modelo de assistência tão seguro quanto o parto hospitalar. As autoras acrescentam que as pesquisas nacionais sobre o tema ainda são escassas, mas já apresentam bons resultados obstétricos e neonatais, semelhantes aos estudos internacionais. No entanto, ainda há pouca compreensão sobre os motivos pelos quais as mulheres optam pelo parto em casa, abdicando das tecnologias hospitalares.

A proposta deste Capítulo é expandir os vértices de compreensão de alguns elementos implicados em experiências exitosas de PDP, vivenciadas por 17 mulheres, que participaram da pesquisa qualitativa, em nível de mestrado, desenvolvida por Bocamino (2020)<sup>1</sup>. Para além da discussão do processo de escolha, pretendemos também abordar essas experiências em sua potencialidade de oferecer sentidos transformadores na subjetivação do ser mulher e mãe, das relações conjugais e familiares e das vivências da maternagem.

Para nos apropriarmos de um debate que envolve múltiplos olhares sobre questões complexas, envolvidas no direito das mulheres à saúde materno-infantil, cabe retomarmos brevemente o percurso das várias gerações de mulheres e seu lugar de protagonismo e participação nas formas de cuidados que foram sendo oferecidas nos modelos de parto ao longo da história, destacando alguns marcos fundamentais das mudanças desses modelos e das políticas públicas de saúde.

O presente capítulo considera a crescente organização e influência dos Movimentos Sociais que defendem a ideia do parto domiciliar planejado, mobilizando, informando e oferecendo apoio às mulheres que buscam uma alternativa ao parto hospitalar, colidindo com a hegemonia do modelo biomédico. Entretanto, cumpre esclarecer que esse estudo foi pautado pela isenção de comprometimento ou defesa dessas perspectivas.

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

## **1. O parto domiciliar planejado (PDP) no contexto da atenção à saúde materno-infantil**

Desde as mais antigas civilizações, os partos naturais eram comuns entre as mulheres de comunidades nômades que, guiadas por seus instintos, isolavam-se para parir. Os modelos iniciais de assistência ao parto se deram quando as próprias mulheres começaram a ajudar umas às outras no nascimento de seus filhos. Contudo, o parto era um evento natural, íntimo, compartilhado entre mulheres e alguns familiares. Nesse contexto, as mulheres que realizavam os partos, conhecidas como parteiras, formavam um vínculo afetivo com as gestantes, uma vez que acompanhavam toda a gestação e o puerpério e eram consultadas sobre os cuidados com o corpo e as doenças sexualmente transmissíveis (Cavaler, Castro, Figueiredo, & Araújo, 2018).

No decorrer do século XX, e, com o avanço da biomedicina, os cuidados com a maternidade sofreram mudanças significativas. O parto, que era um evento domiciliar, privado e realizado por parteiras tradicionais, foi migrando para o ambiente hospitalar e passou a ser centralizado nos cuidados médicos e dependente de intervenções tecnológicas (Nakano, Bonan, & Teixeira, 2016; Riscado, Jannotti, & Barbosa, 2016). Segundo Odent (2016), no período de transição do modelo de parto domiciliar para o hospitalar, “a maioria das mulheres ainda paria por si só” (p. 32), pois as infusões intravenosas, como a ocitocina, por exemplo, ainda não eram comuns. O autor afirma que, nessa época, não havia especialista em anestesia obstétrica, e a cesárea era uma intervenção pouco realizada, reservada para emergências. Cavaler et al. (2018), acrescentam que o início da transição do parto em casa para o hospital foi acompanhado por mudanças nos hábitos das mulheres, que passaram a frequentar consultórios de obstetras e pediatras, fazer maior uso de medicamentos, consumo de produtos de higiene e alimentação infantil industrializada.

De acordo com Nakano et al. (2016), o desenvolvimento científico da obstetrícia e a institucionalização do parto foram

muito importantes para a gestação de alto risco, pois a cesárea contribuiu para a redução de taxas de mortalidade materna e neonatal. Por outro lado, segundo o Ministério da Saúde (2010), a institucionalização do parto trouxe a medicalização e a perda da autonomia da mulher como protagonista do processo de parir.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, maior estudo sobre parto e nascimento já realizado no país revelou que a prevalência de cesáreas no Brasil é a mais alta do mundo (Leal & Gama, 2014). De acordo com os resultados, 52% dos partos realizados são cesarianas, sendo que desses, 46% no setor público e 88% no setor privado.

De acordo com Leal e Gama (2014), entre as mulheres que passaram pelo parto vaginal, predominou um modelo de atenção medicalizada, o que pode causar dor e sofrimentos desnecessários. A maioria delas foi submetida a excessivas intervenções, ficou restrita ao leito sem caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicação para acelerar as contrações, fez episiotomia, teve seu bebê deitada, de costas e, algumas vezes, com alguém empurrando sua barriga (Manobra de Kristeller), procedimentos não recomendados como rotina pela OMS. Apenas 5% das entrevistadas vivenciaram um parto sem essas intervenções.

Aquino (2014) aponta que o modelo de assistência ao parto tem sido caracterizado pela prevalência de recursos médicos, em que há a ideia de passividade das mulheres, que são imobilizadas enquanto sofrem intervenções desnecessárias por profissionais desconhecidos, para abreviar o tempo do parto.

Ainda, a pesquisa “Nascer no Brasil” apontou que as mulheres e seus bebês são expostos aos riscos de efeitos adversos no parto e no nascimento de forma desnecessária. As mulheres de nível social mais elevado sofrem mais intervenções obstétricas, incluindo as cesáreas e seus bebês nascem antes de 39 semanas gestacionais. As mais pobres, que utilizam o serviço público, são submetidas a partos dolorosos e com administração de remédios, com piores indicadores perinatais e condições de saúde (Leal & Gama, 2014). De acordo com Downe (2014), esses resultados não são tão

surpreendentes, levando-se em conta o aumento mundial das intervenções de rotina no trabalho de parto.

Nesse contexto, as políticas públicas de saúde passaram a operar mudanças na atenção obstétrica, a partir de campanhas direcionadas às orientações e ao apoio nos processos de humanização do parto e nascimento. Dentre essas políticas, destacamos o Programa Humanização do Parto: humanização ao pré-natal e nascimento – PHPN (Ministério da Saúde, 2002), que visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério à gestante e ao recém-nascido e também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (Ministério da Saúde, 2004), que tem como objetivo promover a integridade e saúde da mulher no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual, assim como a prevenção e tratamento de HIV/Aids e câncer ginecológico.

Outra iniciativa, que procurou fortalecer o cuidado materno-infantil, foi a Lei do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (Lei n. 11.108, 2005), em que o Sistema Único de Saúde (SUS) e redes conveniadas ficaram obrigados a permitir a presença de um acompanhante durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto, conforme escolha da parturiente.

Em décadas recentes, a implementação da Rede Cegonha (Portaria n. 1.459, 2011) buscou oferecer cuidados para assegurar às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, e ao crescimento e desenvolvimento saudável do bebê até dois anos e também a criação do Centro de Parto Normal (Portaria n. 11, 2015), em conformidade com a Rede Cegonha, que tem o objetivo de acolher a mãe e o recém-nascido com atenção humanizada ao parto e nascimento.

Fundamentada no protagonismo da mulher, a Lei do Parto Humanizado para o Estado de São Paulo (Lei n. 15.759, 2015)

garante à gestante receber assistência humanizada durante o parto, contando com a elaboração de um plano individual de parto, com mínima interferência dos profissionais da saúde, presença de um acompanhante a sua escolha, informação e oportunidade de escolha por métodos menos invasivos para a mãe e para o bebê, caso não haja riscos para ambos.

Em 2016, foi divulgado o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Cesarianas (Ministério da Saúde, 2016), com o objetivo de orientar profissionais e a população sobre as indicações clínicas para as cesarianas e os cuidados com o recém-nascido, diminuindo, assim, o número de cirurgias desnecessárias e evitando riscos para a mãe e o bebê. Em 2017, foram preconizadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Portaria n. 353, 2017), visando contribuir com a melhoria da assistência obstétrica no país, promovendo mudanças na prática clínica da assistência ao parto normal, incluindo: diminuição da variabilidade de condutas entre profissionais no processo da assistência ao parto; redução de intervenções desnecessárias e seus agravos; difusão de práticas baseadas em evidências; e recomendação de determinadas práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais.

Ainda, sobre os incentivos e campanhas que apoiam a humanização do parto e nascimento, a OMS e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) emitiram, em 2018, novas diretrizes para o atendimento às gestantes, com o objetivo de reduzir intervenções médicas desnecessárias e recomendando que as equipes médica e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto, com o intuito de acelerá-lo, a menos que existam riscos e complicações para a mãe e para o bebê. O documento possui 56 recomendações sobre o trabalho de parto e pós-parto imediato, incluindo o direito de acompanhante à escolha da gestante, respeito pela autonomia da mulher na gestão da dor e posições escolhidas por ela durante o parto e o respeito pela escolha de um parto natural e sem

intervenções (Serviço Nacional de Saúde, 2018; World Health Organization [WHO], 2018).

Com relação aos partos domiciliares, Peppe (2017) afirma que, no Brasil, ainda existem dois contextos distintos de partos domiciliares, a saber: o parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais em regiões mais pobres e com poucos recursos e o parto domiciliar planejado (PDP), assistido por equipes especializadas em centros urbanos, com acesso ainda restrito às mulheres da classe média e alta.

Mattos (2018) aponta que o termo parto domiciliar planejado (PDP) designa partos que são realizados em domicílio, de forma intencional e programado pela mulher e/ou família, juntamente com a equipe que acompanhou a gestante durante o pré-natal de risco habitual, permitindo maior controle do ambiente pela parturiente e pessoas envolvidas. Nesse modelo, outro fator importante é que, independente da relação conjugal, o homem tem a oportunidade de se colocar não apenas como acompanhante, mas como sujeito ativo, envolvido no processo de nascer como pai (Feyer et al., 2013; Feyer, Monticelli & Knobel, 2013).

Collaço et al. (2017) apontam que, na contemporaneidade, o PDP surge como uma possibilidade de reaproximação entre ciência e tradição, habilidade e intuição, estimulando o protagonismo da mulher e do casal no processo de parto, privilegiando o espaço físico e sociocultural, que contempla a privacidade e respeito às crenças e valores das pessoas envolvidas, como familiares e pessoas significativas. No Brasil, não há dados sobre o atendimento ao PDP, pois o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) engloba todos os nascimentos ocorridos fora do hospital, independentemente de serem ou não planejados e da assistência prestada (Koettker, Bruggemann, Freita, Riesco, & Costa, 2018).

Nessa perspectiva, Pompeu (2019) esclarece que, no Brasil, a constituição de equipes especializadas para o parto domiciliar planejado é recente e que ainda não há dados oficiais sobre o número de equipes, quais regiões atuam e como se organizam. Nesse contexto, a falta de dados impede a sistematização de



informações sobre o modelo de assistência prestada e a comunicação entre as equipes. A autora ressalta que a comunicação é um instrumento importante, uma vez que pode permitir a divulgação de experiências e assim, qualificar os serviços através de um cuidado em saúde mais seguro para a mãe e para o bebê.

A partir desse panorama, foi realizada uma pesquisa qualitativa mais ampla, em nível de mestrado, que ofereceu subsídios para a confecção do presente capítulo. Segundo Minayo (2012), a vivência de um mesmo acontecimento é única para cada pessoa, pois depende de sua personalidade, biografia e participação histórica. “O verbo principal da análise qualitativa é compreender” (p. 623). Para compreender é preciso considerar a singularidade do indivíduo e, também, sua experiência e vivência na história coletiva. Assim, as Categorias Temáticas resultantes do estudo de Bocamino (2020) não foram criadas, a priori, mas a partir da atribuição de sentidos aos relatos das participantes, sobre a experiência do parto domiciliar planejado. Cumpre esclarecer que, nos recortes das entrevistas que serão utilizados para ilustração da análise e discussão, os nomes das participantes foram substituídos por nomes fictícios, a fim de preservar suas identidades. Uma breve caracterização das participantes do estudo pode ajudar a compreender como vem sendo o acesso ao PDP. Vale ressaltar que entre as 17 participantes, 11 já haviam passado por experiências hospitalares, em decorrência de partos anteriores ou intervenções decorrentes de abortos. Todas as mulheres tinham ensino superior completo, sendo seis com pós-graduação. A idade variou entre 28 e 42 anos, apenas duas declararam união estável, as demais eram casadas e todos os companheiros estavam presentes no parto. A renda familiar variou entre cinco e 40 salários mínimos.

## **2. Recusa ao parto hospitalar e a resignificação das experiências de parto**

A análise das entrevistas apontou que, mesmo para as mulheres que não haviam passado por experiências hospitalares, a

escolha pelo PDP levou em consideração uma concepção do hospital como um ambiente desfavorável para o nascimento de um filho, visto como um lugar ligado ao tratamento de doenças e atendimento de emergências, conflitando com concepções relacionadas à gestação e com as expectativas de um parto que ocorresse de forma mais natural, sem as intervenções hospitalares de rotina e com a participação de pessoas significativas:

*A primeira coisa eu acho que foi o hospital, eu não via muito o porquê de ir pra um. Eu nunca fui internada, eu nunca precisei ser internada pra nada, eu nunca fui num hospital pra nada. E eu não pensava no parto como sendo algo que tivesse que ocorrer dentro de um hospital, porque sempre vem aquela imagem de você ir, porque você precisa, porque está com um problema né. [...] e não é assim que a gente via a gravidez. Pra que que a gente vai pra um hospital se a gente tem opção de estar aqui, já no nosso ambiente, com as pessoas que a gente gosta, que a gente escolheu por perto? (Rosa)*

No grupo de entrevistadas, que já haviam passado por experiências de partos anteriores realizados em hospitais, a análise dos relatos apontou as experiências como principais motivos para a escolha pelo PDP: a fuga de uma possível violência obstétrica, a expectativa de ressignificação das experiências anteriores vividas em ambiente hospitalar e a expectativa de um ambiente favorável à maternagem:

*Os motivos pelo parto domiciliar, foram os principais, os procedimentos de rotina... mesmo com uma equipe de parto humanizado, num hospital humanizado, num quarto de pré-parto e pós-parto e mesmo empoderadíssima de informação, tive, fui vítima de dois procedimentos de rotina. O uso da ocitocina, inclusive, considero violência obstétrica né e aí eu não queria passar por isso de novo. (Lavanda)*

No relato a seguir, Tulipa discorre sobre seus partos anteriores e sua motivação para o parto domiciliar planejado:

*Eu vim de uma história de um primeiro parto, de uma cesárea desnecessária. Passei na minha segunda filha, por um parto normal*

*hospitalar com todas as intervenções possíveis. E aí, a partir deste momento, deste segundo parto que foi bem traumático, eu procurei alguma coisa que legitimasse a sensação de invasão que eu tinha sentido. [...] com certeza foi um trauma de, do próprio esquema do hospital né. Eu queria fugir... eu não idealizava um parto lindo, maravilhoso, assim, na banheira, não era. Eu não queria estar num hospital, é tudo o que eu sabia, que o lugar que eu não me sentiria segura seria num hospital. Então o domiciliar era a minha próxima né, “escolha natural”, entre aspas. E pelo fato exatamente de não, ninguém, de colocar a mão em mim desnecessariamente né. Então não ia ter intervenção de ocitocina, não ia ter, ninguém ia estourar minha bolsa, ninguém ia me fazer uma episio, ninguém ia fazer nenhuma intervenção né. Que esta intervenção cascata que na hora que a gente vê, já virou uma cesariana desnecessária. (Tulipa)*

De acordo com Hiene (2018), com o desenvolvimento das tecnologias médicas, o parto que era compreendido como um ato feminino realizado em casa e apoiado por mulheres, passou a ser tratado como “doença”, dependente de cuidados hospitalares. O modelo hospitalar vigente de atenção ao parto é caracterizado pela supremacia das tecnologias médicas, deixando a humanização das condutas em segundo plano. Com a intenção de abreviar o processo de parto são utilizadas medicações e intervenções dolorosas, em que prevalece a ideia de passividade das mulheres nesse processo. A autora assinala que esse modelo é centrado na “figura médica e na incapacidade do corpo da mulher de parir um bebê” (p. 40). Os relatos acima explicitam a hierarquia hospitalar e as intervenções tecnológicas realizadas. Tulipa afirmou que foi submetida a vários procedimentos que vivenciou como invasivos e traumáticos.

Esses procedimentos não são recomendados pela OMS. Contudo, o modelo de assistência ao parto e nascimento no Brasil é caracterizado pelo uso de tecnologias médicas e um atendimento protocolar que se sobrepõe a escuta do paciente (Aquino, 2014; Leal & Gama, 2014).

Barros (2002) aponta que, no contexto do processo saúde-doença, o modelo biomédico compreende o corpo como uma máquina complexa e imperfeita. Segundo o autor, a formação

médica afasta o médico do desejo do paciente e dessa forma, o “dono do saber” passa a não escutar o “dono do corpo” (p. 53). A incorporação das tecnologias médicas trouxe vários benefícios à saúde, mas também produziu novos riscos como a iatrogenia, níveis exagerados de especialização, institucionalização dos cuidados de saúde e interferiu na relação médico-paciente, provocando um distanciamento entre eles.

Os relatos ainda apontam, além do sofrimento vivenciado no ambiente hospitalar, uma preocupação e um desejo de cuidar não só das necessidades básicas de seus filhos, como a amamentação, como também acolher, proteger e sustentá-los emocionalmente:

*Então, eu saí daquele parto da Bruna, assim, nunca mais quero ter filho, porque eu não quero uma cesárea e não vou passar por um parto normal de novo. [...] no parto foi muito dolorido para mim o parto dela né. Então, eu tive todas as intervenções, eu tive a episiotomia, que a laceração demorou seis meses para cicatrizar, eu tive que usar antibiótico. É, eu tive exame de toque o tempo todo, a médica com o dedo dilatava o meu útero, doía muito. Romperam minha bolsa, eu tive ocitocina, aquela posição deitada. Então, foi, eu falei: “Nossa Senhora né, que que é isso”? E aí eu falei: “gente eu nunca mais quero ter filho na vida”. E aí eu comecei a ler mais ainda e vê que né, não precisava ter passado por aquilo tudo e que essa coisa do parto humanizado né, da mulher ali, como o principal, o respeito com ela e com a criança. (Amarílis)*

Em diálogo com Winnicott (1960/2008), enfatizamos que o desenvolvimento humano e seus processos de maturação dependem de um ambiente suficientemente bom. O autor considera que um ambiente suficientemente bom permite à mãe desenvolver condições para acolher as ansiedades primitivas de seu bebê, sustentada pelo apoio do pai e ou familiares implicados nos cuidados da mãe e da criança.

De acordo com os relatos apresentados e considerando o pensamento de Winnicott (1960/2008) sobre o ambiente e os processos de maturação, que se estendem à vida adulta, compreende-se que o hospital foi significado como um ambiente

que não foi ou não poderia ser suficientemente bom, nem para as gestantes, nem para seus bebês. Além disso, as condições oferecidas foram ou poderiam ter sido insuficientes às suas necessidades, sob o risco de suas subjetividades ficarem silenciadas, provocando angústia, solidão, medo, sensação de abandono e invasão.

Não desconsideramos os riscos que as gestantes e seus filhos podem vir a enfrentar em um PDP. Mas a análise dos relatos acende um alerta sobre as necessidades em saúde que estão sendo negligenciadas pelo modelo hegemônico, como a falta de protagonismo no parto, o medo da violência obstétrica e a busca de um ambiente, compreendido como espaço também das relações, em que sejam acolhidas e respeitadas em suas escolhas e que proporcione o desenvolvimento de um vínculo saudável com seus bebês.

### **3. Entre o silêncio e a busca de apoio: desdobramentos da escolha pelo PDP nas relações familiares**

A escolha pelo PDP convoca as mulheres para o enfrentamento de uma série de conflitos que podem emergir nas relações familiares. Considerando a importância da família como ambiente acolhedor e protetor, tanto para a gestante, quanto para o bebê, compreende-se que as relações familiares, no contexto do parto domiciliar planejado, tornam-se um desafio, uma vez que a escolha por esse tipo de parto pode ser geradora de medos, fantasias, julgamentos, preconceitos e desinformação.

A análise dos relatos apontou os caminhos que foram tomados para lidar com esses conflitos. Um deles se refere à opção de algumas participantes não compartilharem com seus familiares a escolha pelo parto domiciliar, mantendo o silenciamento:

*Então, assim, eu não contei pra ninguém, por conta, nem pra minha mãe. [...] eu não queria me contaminar do medo dos outros, porque assim, eu e meu marido, o que a gente mais desejava no mundo era ter filho, a gente não*

*ia se aventurar num gosto, até porque eu mesma tinha muitos “pré-conceitos” e criticava quando eu ouvia falar sobre: teve parto em casa. “Ela é louca, não precisa disso em pleno século XXI”, desse jeito. Então assim, eu não queria isso, que eu era também, entendeu? Porque assim, o “pré-conceito” é quando a pessoa tem conceitos pré-definidos. (Bromélia)*

*Com a minha mãe eu acho que, dos processos do parto domiciliar, eu acho que a minha mãe foi um ponto delicado da história, mas também foi uma superação na nossa relação. Porque quando eu já estava gravida, de barrigona, toda vez ela vinha e falava: “e aí e o médico”? “Não, tá tudo bem, fica tranquila”. [...] ela não sabia e ela falava: “mas você vai ter onde”? Eu falava: “no (nome da maternidade particular) eu não vou ter”. Aí, já com umas 34 semanas ou 35 semanas de gestação, as enfermeiras obstetras foram lá em casa e tocaram nesse assunto, porque pra mim até então estava bem debaixo do pano né, eu não queria, talvez eu, se a gente não tivesse conversado sobre isso provavelmente eu teria escondido, [...] porque eu tinha medo do medo dela né. [...] ela trabalha na área da saúde, então todas as desgraças possíveis ela sabe né. Então eu ficava com medo dela ficar muito com medo e não conseguir me ajudar minimamente como que fosse. (Tulipa)*

Nessa perspectiva, a escolha pelo parto domiciliar planejado pode assumir um significado de “segredo”. Manter a decisão de não compartilhar com a família a opção pelo tipo de parto, embora possa ter sido uma decisão geradora de algumas angústias para as participantes, também pareceu ter evitado outras, relacionadas aos julgamentos, preconceitos, medos, falta de informação, crenças e padrões culturais e familiares, que poderiam ser confrontados e trazer implicações no vínculo familiar. Portanto, outra vertente de discussão a ser considerada, é que talvez mais difícil do que falar sobre a escolha pelo parto domiciliar, seria ouvir a opinião do outro, principalmente da mãe. Importante ressaltar que, entre as 17 participantes do presente estudo, apenas uma teve a mãe presente no momento do parto, sugerindo a necessidade de aprofundamento da compreensão sobre esse dilema.

Ainda, segundo Lobo (2008), os medos mais comuns da gestação estão relacionados às dificuldades da gravidez, a história

do casal, ao desejo em relação ao filho e, também, a maneira como a mãe da gestante contou a ela sobre seu próprio nascimento. Portanto, segundo a autora, uma identificação materna positiva é importante para que a gestante consiga elaborar as experiências conflituosas primitivas, que podem ser revividas nesse momento. A autora, ainda, acrescenta que a maneira como a gestante foi cuidada por sua mãe pode ser determinante para que ela encontre recursos internos para desempenhar a maternidade.

Nesse contexto, que envolve os enfrentamentos no processo do parto domiciliar planejado, faz suscitar a reflexão sobre as dificuldades relacionadas aos espaços de abertura para o diálogo entre as gestantes e suas famílias, especialmente suas mães. Assim, na incerteza do posicionamento do outro, o silêncio se mostrou como uma opção, como uma proteção frente à ideia de serem invadidas e fragilizadas pelo outro ou de fragilização do outro, numa relação dialética de autoproteção e proteção do outro frente a uma possível sobrecarga emocional.

Nesse sentido, Safra (2006) afirma que, em uma relação dialógica, há uma questão que é seguida por uma “resposta-questão” e, assim, sucessivamente as experiências aparecem como fluxo. Mas, segundo o autor, para que a experiência possa fluir é necessário que haja um lugar de abertura, sustentado inicialmente pelo *holding* e que, depois, o apoio desse percurso se dá pela presença do outro e, em seguida, a abertura ontológica. Portanto, compreendendo que o bebê não chega apenas para o casal, mas para toda a família, há de se considerar que o compartilhamento ou não da experiência do parto pode gerar impactos nas relações familiares significativas para a gestante. Segundo Safra (2004), a maternidade e a paternidade são constituídas por processos transgeracionais, uma vez que a mãe e o pai são pessoas em quem as questões familiares fundamentais se apresentam ao bebê.

Os relatos sugerem que, ainda se tem pouca compreensão por parte dos familiares sobre a escolha de realizar um parto em casa, abdicando das tecnologias hospitalares. Nesse sentido, o parto domiciliar planejado encontra resistência para ser aceito

socialmente e pode ser visto como um ato transgressor e subversivo e que pode colocar em risco a parturiente e o bebê.

Algumas participantes, no entanto, escolheram pessoas específicas para compartilhar sobre a decisão do parto domiciliar planejado.

*Eu fiquei com receio de falar pros meus pais, pros meus sogros, eu não falei nem pro meu irmão, só pra minha irmã. Receio deles terem medo por ser em casa. A minha mãe, pra você ter uma ideia, nasceu ela e os 10 irmãos dela, nasceram tudo em casa. Na verdade, era na roça, era em fazenda, mas ela tinha preocupações quanto a isso. Ela sabia do meu envolvimento com tudo isso, então nas conversas, o papo era sempre: “mas ah, hoje é hospital, hoje é mais seguro, ah, aquela época era parteira, ah tinha alguns imprevistos”. Aí sempre vem né: “ah o fulano morreu logo que nasceu, ah é tão perigoso”. Em conversas né, de quando eu relatava coisas que eu tava acompanhando. Então eu sempre imaginei que eles iam ficar muito ansiosos, iam ficar com muito medo da hora que eu tivesse em trabalho de parto lá. Eu falei: “pra não me influenciar em nada, vai ser melhor que eles não saibam, pra eu conseguir ficar tranquila aqui em trabalho de parto, hora que nascer eu já aviso todo mundo e tudo bem”. E engraçado que foi exatamente isso, a minha mãe e minha sogra falam: “ah, ainda bem que você não me falou, eu ia ficar tão tensa porque eu não ia saber se eu ia poder ir lá na sua casa, não sabia se ligava pra alguém”. Eu falei: “o melhor foi elas já saberem que nasceu”. E foi mais ou menos assim. (Gérbera)*

Os históricos familiares de parto constituíram uma tessitura de vozes, que pareceram influenciar a busca de apoio diante da escolha pelo tipo de parto. Nesse sentido, Gutfriend (2010) observa que o processo de se tornar mãe e pai inclui a história de seus próprios pais, pois nossa história é marcada pelo olhar do outro. Safra (2004) esclarece que “compreender o ser humano como singularização da vida de muitos implica em dizer que cada ser humano é a singularização da vida de seus ancestrais e é o pressentimento daqueles que virão” (p. 43). Segundo o autor, o ser humano nasce afetado pela história de seus ancestrais, pelo encontro com os contemporâneos e por aqueles que virão. Dessa



forma, o sentido de si é transgeracional, pois vem de uma história em direção ao futuro. Safra (2006) acrescenta que “há uma polifonia na consciência humana, na fala humana, no modo de ser humano” (p. 95), uma vez que uma questão individual também atravessa a história da família. Portanto, compreende-se que as histórias familiares de parto, assim como a maneira como a gestante se posiciona diante da família sobre o tipo de parto, atravessam o processo de parto, com consequências nas relações familiares.

Nesse contexto, Safra (2008) aponta que a memória transgeracional nos reconduz às nossas raízes, pois favorece as relações referentes às questões essenciais do humano, uma vez que nos apresentam tradições, organizações simbólicas e mitológicas. Contudo, o autor afirma que atualmente, essa memória que registra a história constitutiva do homem está sendo perdida, mas deveria estar presente nos discursos familiares, em espaços públicos e nas obras culturais.

Assim, cada família é atravessada por histórias, valores, tradições e crenças que vão construindo a memória transgeracional e que diz respeito às singularidades. Entretanto, há de se considerar também, que as famílias carregam consigo as vozes de uma sociedade imersa no discurso do modelo biomédico, que se torna um importante ponto de resistência para mudanças propostas pelo parto domiciliar planejado. Sugere-se que tais perspectivas possam ser discutidas e ampliadas no contexto do parto domiciliar planejado, oferecendo cuidado integral ao casal e aos seus familiares.

### **Considerações Finais**

A multiplicidade de experiências vivenciadas pelas participantes da pesquisa levanta questões relevantes sobre as expectativas das participantes em poder realizar uma experiência de parto, em que elas ocupem a centralidade nas decisões, tanto no parto hospitalar quanto no domiciliar, uma vez que revelam as diversas condições de vulnerabilidade, embates nas relações

familiares e pouca aplicação das políticas públicas referentes à saúde materno-infantil.

Embora o estudo tenha privilegiado as experiências do parto domiciliar planejado, as contribuições podem se estender para os processos de parto na rede hospitalar, uma vez que a melhor compreensão sobre alguns enfrentamentos das parturientes pode contribuir para a assistência humanizada ao parto e nascimento.

## Referências

- Aquino, E. M. L. (2014). Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (Supl. 1), S8-S10, doi:c10.1590/0102-311XPE01S114
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84, doi: 10.1590/S0104-12902002000100008
- Bocamino, L. (2020). *“Meu filho nasceu em casa”*: compreendendo a experiência de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-18062020-102835/pt-br.php>
- Cavaler, C. M., Castro, A, Figueiredo, R. C. & Araújo, T. N. (2018). Representações no parto para mulheres que foram parturientes. *Id on Line, Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(41), 977-990. doi: 10.14295/online.v12i41.1158
- Collaço, V. S., Santos, E. K. A., Souza, K. V., Alves, H. V., Zampieri, M. F. & Gregório, V. R. P. (2017). The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the hanami team. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e6030015, doi: 10.1590/0104-07072017006030015

- Downe, S. (2014). Reduzindo intervenções de rotina durante o trabalho de parto e parto: primeiro, não causar dano. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (Supl. 1), S37-S39, doi: 10.1590/0102-311XCO04S114
- Feyer, I. S. S., Monticelli, M., Boehs, A. E. & Santos, E. K. A. (2013). Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 879-886. doi: 10.1590/S0034-71672013000600011
- Feyer, I. S. S., Monticelli, M. & Knobel, R. (2013). Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Escola Anna Nery*, 17(2), 298-305, doi: 10.1590/S1414-81452013000200014
- Gutfriend, C. (2010). *Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade*. Rio de Janeiro, RJ: Difel.
- Hiene, R. R. S. (2018). *Experiências de casais com parto domiciliar: da escolha à vivência* (Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos). Recuperado de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10051>
- Koettker, J. G., Bruggemann, O. M., Freita, P. F., Riesco, M. L. G., & Costa, R. (2018). Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03371. doi: 10.1590/s1980-220x2017034003371
- Leal, M. C., & Gama, S. G. N. (2014). Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (Supl. 1), S5. doi: 10.1590/0102-311XED01S114
- Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Theme Filha, M. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M. H., & Gama, S. G. N. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco

habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (Supl. 1), S17-S32. doi: 10.1590/0102-311X00151513

Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. (2005, 07 de abril). Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, seção 1*.

Lei n. 15.759, de 25 de março de 2015. (2015, 25 de março). Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos do Estado e dá outras providências. São Paulo - SP. *Diário Oficial da União, seção 1*.

Lobo, S. (2008). As condições de surgimento da “Mãe Suficientemente Boa”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(4), 67-74. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2008000400009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000400009&lng=pt&tlng=pt)

Mattos, D. V. (2018). As relações com a parturiente na assistência ao Parto domiciliar: Perspectivas tradicionais e modernas (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás). Recuperado de [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC\\_GO\\_f421e58bbb5045bb499b596681e58d4b](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC_GO_f421e58bbb5045bb499b596681e58d4b)

Mínayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva* 17(3), 621-626. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2002). *Programa Humanização do Parto: Humanização ao Pré-natal e Nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: Programa*

*trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares.*  
Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2016). *Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para cesariana.* Brasília-DF: Diário Oficial da União, seção 1.

Nakano, A. R., B., Bonan, C. & Teixeira, L. A. (2016). Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1), 155-172. doi: 10.1590/S0104-59702016000100010

Odent, M. (2016). *Pode a Humanidade Sobreviver a Medicina.* Rio de Janeiro, RJ: Instituto Michel Odent.

Peppe, M. V. (2017). *A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrias que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo* (Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29032018-151158/en.php>

Pompeu, K. C. (2019) *Parindo em casa no Brasil: construção de redes entre as equipes de atenção ao parto domiciliar planejado* (Dissertação de Mestrado, Universidade Franciscana). Recuperado de [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFN-1\\_75f5e785aa7a4198e1d680009415fab3](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFN-1_75f5e785aa7a4198e1d680009415fab3)

Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. (2011, 24 de junho). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Portaria n. 11, de 07 de janeiro de 2015. (2015, 07 de janeiro). Redefine as diretrizes para implementação e habilitação para o Centro de parto Normal (CPN) no âmbito do SUS, para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e nascimento, em conformidade com a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, seção 1.

- Portaria n. 353, de 14 de fevereiro de 2017. (2017, 14 de fevereiro).  
Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.  
*Diário Oficial da União*, seção 1.
- Riscado, L. C., Jannotti, C. B., & Barbosa, R. H. S. (2016). A Decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), e3570014. doi: 10.1590/0104-0707201600003570014
- Safra, G. (2004). *A Po-Ética na Clínica Contemporânea*. São Paulo, SP: Ideias & Letras.
- Safra, G. (2006). *Hermenêutica na Situação Clínica*. São Paulo, SP: Edições Sobornost.
- Safra, G. (2008). A dor como revelação do ser e da dignidade humana. In A. Hoffmann, M. Massimi & L. M. Oliveira (Orgs.), *Reflexões em torno da dor* (pp. 197-204). Ribeirão Preto, SP: Fapesp - Grupo São Francisco.
- Sanfelice, C. F. O. & Shimo, A. K. K. (2014). Home childbirth: progress or retrocession? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 157-160. doi: 10.1590/1983-1447.2014.01.41356
- Serviço Nacional de Saúde (2018). *Novas recomendações da OMS para o parto*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>
- Winnicott, D. W. (2008). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960).
- World Health Organization. (2018). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.



## ÍNDICE REMISSIVO

- Adoecimento grave – 239 / 240 / 242 / 248 / 249 / 255 / 258  
Análise categorial – 100 / 102 / 108  
Análise de Conteúdo Temática – 22 / 193 / 240  
Análise processual – 100 / 102 / 109  
Atenção Primária – 158 / 165 / 166 / 171 / 174 / 177 / 179 / 180 / 187-  
193/ 200-202 / 204 / 205  
Atenção psicossocial - 17-20 / 41 / 47 / 50 / 72 / 86 / 92 / 134 / 190 /  
197/ 206  
Ato empático - 177. Consulte Empatia  
Bebê prematuro - 215-218 / 224 / 227 / 231 / 232  
Comunidade – 20 / 41 / 47-51 / 58 / 61-64 / 72 / 91 / 92 / 105 / 125 /  
128/ 141 / 142 / 181 / 188-190 / 200 / 206 / 256 / 260 / 262  
Cuidado em saúde mental – 18 / 20 / 21 / 26 / 29 / 37 / 41 / 42 / 47 /  
50 / 56 / 72 / 77 / 80 / 90 / 130 / 132 / 135 / 156 / 160 / 187 / 188 / 192  
/ 200 / 202  
Cuidador – 71 / 157 / 239 / 240 / 243 / 246-260 / 262  
Desinstitucionalização – 133 / 187 / 191  
Dignidade humana - 18 / 118 / 128 / 136  
Direitos humanos – 49 / 117-124 / 126 / 127 / 129-133 / 135 / 136 / 142  
Educação permanente – 19 / 26 / 205  
Empatia – 48 / 60 / 61 / 65 / 166 / 172 / 176-179 / 261 / 262  
Enraizamento – 56 / 58  
Entrevistas abertas – 22 / 51 / 74 / 145  
Entropatia - 176. Consulte Empatia  
Epoché – 166 / 169  
Estratégia Saúde da Família (ESF) – 187 / 189 / 190 / 192 / 205  
Estrutura humana – 170 / 174  
Experiência de si – 60 / 61  
Experiências cotidianas – 21 / 32 / 34 / 35 / 41 / 50-52 / 72 / 73 / 79 /  
80 / 90 / 92



Fenomenologia – 48 / 74 / 125 / 145 / 158 / 165 / 167-170 / 172 / 173 / 175  
Força vital – 54 / 174  
Formação profissional em saúde mental – 17 / 20 / 27  
Geist - 170  
Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) – 17 / 20-23 / 30-36 / 38-42 / 47 / 48 / 50-65 / 71-78 / 80 / 82-84 / 86 / 87 / 89-93 / 101 / 104 / 106 / 110-112  
Grupos Focais – 187 / 188 / 193 / 200  
Horizontalidade – 20 / 36 / 59 / 70 / 73 / 78 / 79 / 87 / 90 / 203  
Humanização do cuidado – 214 / 216 / 229  
Humanização do parto – 269 / 270  
Internação psiquiátrica - 142-145 / 155-157  
Intersectorialidade – 142 / 167 / 181  
Körper – 170 / 171  
Legislação – 91 / 123 / 127  
Lei 10.216 – 128 / 134 / 142 / 191  
Leib – 170 / 171  
Loucura – 18 / 39 / 41 / 70 / 71 / 122 / 141-143 / 191 / 201  
Modelo biomédico – 69 / 71 / 76 / 92 / 129 / 167 / 266 / 274 / 280  
Modelo manicomial – 76 / 128 / 142  
Observação Participante – 75 / 77 / 101 / 199 / 240  
Participação regular continuada – 47 / 50 / 51 / 57 / 61 / 63-65  
Participantes regulares – 47 / 50-52 / 55-58 / 64 / 65  
Parto domiciliar planejado (PDP) – 265 / 266 / 271-273 / 276-281  
Parto hospitalar – 266 / 280  
Parto natural - 270  
Percurso metodológico – 97 / 99 / 113 / 114  
Pertencimento – 62 / 64 / 65 / 250  
Pessoa em sofrimento psíquico – 18 / 19 / 23 / 30 / 35-38 / 40-42  
Pessoa humana – 34 / 39 / 41 / 57 / 59 / 72 / 73 / 76 / 92 / 120 / 128 / 160 / 200 / 252  
Práticas grupais - 97-101 / 110 / 113 / 115  
Práticas interdisciplinares – 167 / 197

Preocupação materna primária – 214 / 226 / 227 / 230 / 233  
Processo de ensino-aprendizagem – 19 / 27 / 41  
Profissionais da saúde – 20 / 26 / 36 / 70 / 130-132 / 157 / 169 / 190 /  
212-214 / 216 / 217 / 222 / 223 / 225-229 / 231 / 233 / 265 / 270  
Projeto terapêutico – 158 / 174 / 175 / 196 / 202  
Psicopatologia – 143 / 159  
Reduções fenomenológicas - 170. Consulte Fenomenologia  
Reforma Psiquiátrica – 17 / 18 / 39 / 70 / 78 / 86 / 124 / 126 / 127 / 129 /  
133 / 135 / 141 / 142 / 157 / 167 / 191 / 192  
Relação mãe-bebê – 215 / 225  
Saúde ampliada – 141 / 179-181  
Saúde materno-infantil – 216 / 266 / 281  
Sentimentos vitais - 172  
Singularidade – 39 / 41 / 52 / 58-61 / 64 / 65 / 75 / 80 / 82 / 87 / 119 /  
143 / 159 / 170 / 171 / 174 / 177 / 181 / 200 / 260 / 272 / 280  
Sistema Único de Saúde (SUS) – 71 / 128 / 133 / 141 / 166 / 175 / 187 /  
189 / 192 / 206 / 269  
Subjetividade – 18 / 38 / 47 / 54 / 75 / 165 / 168 / 170 / 175 / 180 / 181 /  
200 / 276  
Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - 239-246 / 248-251 / 254 / 255 /  
259  
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) - 212-215 / 217-220 /  
222-224 / 227 / 228 / 231 / 233  
Vínculo - 47-50 / 52 / 58-64 / 152 / 154 / 157 / 165 / 166 / 179 / 181 /  
190 / 194 / 196 / 212 / 214-216 / 222 / 223 / 225 / 230-233 / 267 / 276  
/ 277  
Violações aos direitos humanos - 134. Consulte Direitos humanos  
Vivências psíquicas - 172  
Vulnerabilidade – 121 / 122 / 135 / 155 / 158 / 211 / 225 / 227 / 258 /  
259 / 280



## **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**

### **Ana María Marcos del Cano**

Advogada. Formação em Direito pela Universidad de León. Doutora em Direito pela Universidad de Educación a Distancia (UNED). Atua como Diretora e Docente do Departamento de Filosofia Jurídica – UNED, Espanha. Experiência como docente e investigadora em temas relacionados aos direitos humanos e saúde mental. Contato: amarcos@der.uned.es / (34) 8371-6154

### **Ana Paula Craveiro Prado**

Psicóloga. Doutora (Doutorado Direto) em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), com estágio de pesquisa na Pontificia Università Lateranense, (Roma, Itália). Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/ FFCLRP-USP). Trabalha com temas relacionados à saúde mental, à promoção de saúde, a práticas de cuidado e de desenvolvimento humano, e a pesquisas qualitativas. Contato: anapaulacprado1@gmail.com

### **Angela Ales Bello**

Filósofa. Professora emérita de História da Filosofia Contemporânea na Faculdade de Filosofia da Pontificia Università Lateranense di Roma, Itália. Fundadora e Presidente do Centro Italiano di Ricerche Fenomenologiche (CIRF), com sede em Roma. Especialista na Fenomenologia de Edmund Husserl (1859 – 1938) e uma das mais renomadas pesquisadoras do pensamento de Edith Stein (1891 – 1941). Contato: alesbello1937@gmail.com

### **Bruna Cardoso Pinheiro**

Psicóloga. Mestra em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de

Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/ FFCLRP-USP). Experiência em investigações relacionadas aos temas: Psicologia da Saúde, saúde mental, saúde pública, formação de recursos humanos. Contato: bruna\_cardoso\_pinheiro@hotmail.com

**Carmen Lúcia Cardoso**

Psicóloga. Livre Docência na área da Psicologia da Saúde pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Professora Associada do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP e coordenadora do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/ FFCLRP-USP). Tem experiência na área de Pesquisa e Intervenção em Aspectos Psicossociais da Saúde. Contato: carmen@ffclrp.usp.br / (16) 3315-3660

**Daniel Nardini Queiroz Pergher**

Psicólogo. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro Filiado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto. Contato: dpergher@yahoo.com / (16) 99719-5535

**Karin Aparecida Casarini**

Psicóloga. Pós-doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/ FFCLRP-USP). Tem experiência com pesquisa e intervenção em Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica. Contato: karin.casarini@uftm.edu.br/ (34) 3700-6945

### **Leticia Costa Godinho Pergher**

Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia. Supervisora convidada do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro titular e supervisora do Instituto de Estudos Psicanalíticos de Ribeirão Preto (IEP-RP). Contato: (16) 99796-3691

### **Lícia Barcelos de Souza**

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP (FMRP-USP). Desenvolve pesquisas, projetos de extensão e supervisão de estágios nas áreas de psicologia da saúde e processos clínicos. Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/FFCLRP-USP). Contato: liciabs@ffclrp.usp.br / +55 (16) 3315-3783.

### **Lydiane Bocamino**

Psicóloga. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Estácio da Bahia de Salvador. Graduada em Artes Plásticas pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/FFCLRP-USP). Psicóloga clínica. Contato: lydiboca@hotmail.com / +55 (16) 98117-6861.

### **Manuel Desviat**

Psiquiatra. Medicina pela Universidad Complutense de Madrid. Especialização em Psiquiatria pelo Hospital Universitario Provincial. Experiência como Diretor do Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés (Espanha), coordenando um processo de desinstitucionalização e a criação de uma rede de serviços comunitários. Experiência como consultor da Organização

Mundial da Saúde (OMS), assessorando serviços de saúde mental em diversos países da América Latina. Contato: desviatm@gmail.com / (34) 629750790

### **Mara Soares Frateschi**

Psicóloga. Doutora e Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bacharel em Pesquisa em Psicologia pela FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/ FFCLRP-USP). Desenvolve Trabalhos nas áreas de Psicologia da Saúde, Saúde Mental e Saúde Coletiva. Contato: msfrateschi@hotmail.com / (16) 98142-2677

### **Marília Hormanez**

Psicóloga. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/ FFCLRP-USP). Experiência em investigações relacionadas aos temas: saúde mental e promoção de saúde; direitos humanos; prevenção dos maus-tratos infantis; e enfrentamento do processo de morte e morrer entre profissionais de saúde. Contato: mahormanez@gmail.com / (16) 99757-4239

### **Nara Helena Lopes Pereira da Silva**

Psicóloga. Pós-Doutora em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP). Especialista em Psicologia Analítica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/ FFCLRP-USP) e do Centro Italiano di Ricerche Fenomenologiche di Roma (CIRF). Psicóloga clínica e supervisora nas áreas de fenomenologia da

experiência digital, psicopatologia fenomenológica. Contato: nara.helena@gmail.com / (11) 96626-7778

**Nathália Fernandes Minaré**

Psicóloga. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Pós-graduada em Promoção de Saúde na Comunidade pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/FFCLRP-USP). Experiência em Psicologia Clínica e trabalhos grupais na saúde e assistência social. Contato: nathaliafminare@gmail.com / (16) 98131-6693

**Rita Martins Godoy Rocha**

Psicóloga. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Professora e supervisora clínica da Universidade de Araraquara (UNIARA). Membro do Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS/FFCLRP-USP). Ministra disciplinas, com interesse de pesquisa, nas temáticas: Psicologia e Fenomenologia; Psicologia e saúde pública; Gênero, corpo e sexualidade. Contato: rmgrocha@uniara.com.br



Os capítulos que compõem este livro são derivados da produção científica na área da Psicologia da Saúde, desenvolvida junto ao Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde - LaProSUS – FFCLRP - USP e retratam o compromisso dos autores em compreender a dimensão ontológica do ser humano, reconhecendo o cuidado, a intersubjetividade e a formação de comunidade como elementos fundamentais para a constituição da pessoa e para a promoção da saúde mental.

