

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

DÉBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA

**“MULHER, MÃE E LOUCA”: EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DE USUÁRIAS
DO CAPS SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL**

CAMPINAS

2024

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

DÉBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA

**“MULHER, MÃE E LOUCA”: EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DE USUÁRIAS
DO CAPS SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Escola de Ciências da Vida, Da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Professora Doutora Tania Mara Marques Granato.

CAMPINAS

2024

Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI
Gerador de fichas catalográficas da Universidade PUC-Campinas
Dados fornecidos pelo(a) autor(a).

O48*	<p>Oliveira, Débora Ortolan Fernandes de</p> <p>"Mulher, mãe e louca" : experiência emocional de usuárias do CAPS sobre o adoecimento mental / Débora Ortolan Fernandes de Oliveira. - Campinas: PUC-Campinas, 2024.</p> <p>218 f.il.</p> <p>Orientador: Tania Mara Marques Granato.</p> <p>Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2024. Inclui bibliografia.</p> <p>1. Mulheres. 2. Psicanálise-metodologia. 3. Serviços de saúde mental. I. Granato, Tania Mara Marques. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Escola de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p>
------	---

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

DÉBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA

“MULHER, MÃE E LOUCA”: EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DE USUÁRIAS
DO CAPS SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL

Tese defendida e aprovada em 20 de junho de 2024 pela Comissão Examinadora



Profª. Dra. Tânia Mara Marques Granato

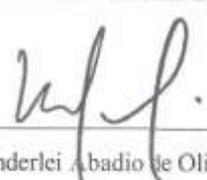
Orientadora da Tese e Presidente da Comissão Examinadora

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-
Campinas)



Profª. Dra. Vera Engler Cury

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-
Campinas)



Prof. Dr. Wanderlei Abadio de Oliveira

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-
Campinas)



Profª. Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Universidade de São Paulo (USP)



Profª. Dra. Líliliana Graciete Fonseca Rodrigues

Universidade do Porto (UP)

Agradecimentos

“Eu não ando só”
Maria Bethania,
Trecho da música “Carta de Amor”

Agradeço à minha mãe, Odete, por sua presença afetiva e acolhedora. Ao meu pai, Rodolfo, por sua imensa generosidade. Obrigada pelo suporte e por tudo que fizeram para que eu pudesse me dedicar ao doutorado e aproveitar tantas oportunidades valiosas que tive no caminho. A vocês meu amor e minha eterna gratidão.

Agradeço à minha irmã, Camila, por ser meu exemplo e ter “aberto” o caminho acadêmico em nossa família. Agradeço por sempre acreditar em mim, às vezes mais do que eu mesma. E por ter me feito “Titi”. Lucca, Pedro, Isabella e Antônio, agradeço a vocês por me ensinarem tanto sobre o amor.

Agradeço às minhas avós, Ana e Catharina (*in memoriam*), por serem fonte de apoio e por me ensinarem a batalhar na vida.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Vitor, por ter paciência nestes anos de doutorado. Agradeço também ao seu incentivo e suporte para que eu alcançasse voos e, principalmente, por querer voar junto comigo. A vida é melhor ao seu lado.

Agradeço aos meus queridos amigos pela presença e por serem fonte de alegria. Obrigada pela torcida, por comemorarem comigo cada conquista alcançada e por alimentarem minha vida.

Agradeço a minha analista, Elony, pelo privilégio de viver esse percurso acompanhada.

Agradeço às minhas duas orientadoras neste processo do doutorado, por todo aprendizado. À Tânia Vaisberg por ter me guiado no início da pesquisa e ter me encorajado a ousar. À Tânia Granato, pela acolhida em um momento delicado e pelo trabalho fecundo que pudemos desenvolver.

Agradeço aos colegas dos dois grupos de pesquisa que participei no doutorado. Em especial à Marina e à Tomiris. Compartilhar esse percurso com vocês fez a caminhada menos solitária.

Agradeço à minha amiga, Tomiris, por compartilhar com você a graduação, o encantamento pela saúde mental e pela psicanálise, o doutorado, o período em Portugal e, também, a vida. Que privilégio!

Agradeço às mulheres participantes da minha pesquisa. Espero que tenham sentido o quanto valorizo terem compartilhado comigo suas histórias de vida.

Agradeço à equipe do CAPS que, generosamente, facilitou as entrevistas e ofereceu suporte para que eu desenvolvesse a pesquisa. Um agradecimento especial à Viviane e ao Felipe.

Agradeço à minha orientadora do Doutorado Sanduíche, Conceição, por sua recepção e por me abrir portas para expandir meu aprendizado. Agradeço também a todos os colegas do grupo de pesquisa português, especialmente à Liliana que me guiou nesta aventura de ser estrangeira e contribuiu para que eu pudesse desenvolver a minha pesquisa em Portugal. Essa experiência, sem dúvida, foi muito transformadora.

Agradeço à Secretaria da Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas por todo auxílio prestado nesses anos.

Agradeço à Professora Juçara Clemens pelas contribuições valiosas na minha Banca de Qualificação.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos concedida para o Doutorado Sanduíche.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos concedida para a realização dessa pesquisa.

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo compreender a experiência emocional de mulheres-mães em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) sobre o processo de adoecimento mental, na perspectiva das próprias participantes. Ao considerar que a sociedade contemporânea é estruturalmente sexista, sendo as mulheres fortemente oprimidas, ao mesmo tempo em que também é heterogênea e complexa, o sexismo conforma-se diferentemente nos múltiplos contextos sociais. Interessamo-nos em refletir sobre o sofrimento feminino na intersecção com a saúde mental, devido ao nosso sentimento de urgência de uma perspectiva crítica e interseccional para pensar a saúde mental das mulheres no Brasil. O presente estudo organiza-se como pesquisa qualitativa com método psicanalítico, realizado a partir de três entrevistas transicionais individuais com cinco mulheres usuárias de um CAPS III, que foram indicadas por profissionais da equipe que as acompanha. As entrevistas transicionais, orientadas pelo conceito de manejo winnicottiano, foram estruturadas ao redor de uma pergunta norteadora – “O que você imagina que aconteceu para você estar aqui no CAPS?”, a partir da qual as participantes puderam falar livremente sobre suas histórias, e pelo uso do recurso mediador do Procedimento de Desenho-Estória com Tema, adaptado de forma a priorizar o cuidado ético de população vulnerável. O material de pesquisa constitui-se por dois tipos de produções narrativas: (a) produções imaginativas das entrevistadas e (b) Narrativas Transferenciais, nas quais a pesquisadora já apresenta uma elaboração interpretativa do que viveu nos encontros com as participantes. Em trabalho conjunto com o grupo de pesquisa, o material foi psicanaliticamente interpretado em termos de dois campos de sentido afetivo-emocional e um subcampo, que intitulamos “Há males que vem para o mal”, e seu subcampo “Sobrevivendo em solo árido”, e “E eu não sou uma mulher?”. O quadro geral sugere que essas mulheres foram repetidamente traumatizadas ao longo de suas vidas, sendo o adoecimento mental um dos traumas vivenciados. Pelo fato de que sua história de adoecimento se insere no campo da maternidade e conjugalidade no contexto de uma sociedade patriarcal, sentem-se destituídas do lugar de mulher por não atenderem às expectativas sociais em relação ao cuidado. Apesar do ideal da maternidade compartilhado, desnudam que em nosso país nem todas as maternidades são bem-vistas, embora diretamente associadas à condição de precariedade social. Concluindo, ser mulher-mãe, periférica, negra, em tratamento para saúde mental e vítima de violência no Brasil configura-se como feixe de intersecções no qual múltiplas condições de opressão operam na produção de sofrimentos, dado o seu potencial traumático desumanizador.

Palavras-chave: mulheres, maternidade, serviços de saúde mental, psicanálise-metodologia, psicologia feminista, pesquisa qualitativa.

Abstract

This study aimed at understanding the emotional experience of women-mothers in treatment in a Psychosocial Attention Center III (CAPS III) about the process of mental illness through the perspective of the participants themselves. By considering that the contemporary society is structurally sexist, being women strongly oppressed, while also being heterogeneous and complex, sexism conforms itself differently in multiple social contexts. We are interested in reflecting on female suffering in the intersection with mental health due to the urgency of a critical and intersectional perspective to think about women's mental health in Brazil. This study organizes itself as qualitative research with psychoanalytic method, developed from three individual transitional interviews with five women users of one CAPS III, who were indicated by professionals of the team that monitors them. The transitional interviews, guided by the Winnicottian concept of management, were structured around one main question – “What do you think happened to you for you to be here in CAPS?”, from which the participants were able to speak freely about their stories, and by the use of the mediator resource Thematic Story-Drawing Procedure, adapted as a way of prioritizing the ethical care of vulnerable population. The research material is constituted by two types of narrative productions: (a) the interviewees' imaginative productions and (b) Transference narratives, in which the researcher already presents an interpretative elaboration of what was lived in the meetings with the participants. In a collaborative action with the research group, the material was psychoanalytically interpreted in terms of two emotional-affective meaning fields and one subfield, which we entitled “There are evils that come for bad”, and its subfield “Surviving on dry soil”, and “Ain't I a woman?”. The general framework suggests that these women were repeatedly traumatized during their lives, being mental illness one of the lived traumas. Given that their history of illness is inserted in the field of motherhood and conjugality in the context of a patriarchal society, they feel deprived of their womanhood for not meeting social expectations regarding care. Apart from the ideal of shared motherhood, they expose that in our country not all motherhoods are well-seen despite being directly associated with the condition of social precarity. All in all, being a peripheral, black, woman-mother, in treatment for mental health, and victim of violence in Brazil configures itself as a ray of intersections in which multiple conditions of oppression operate in the production of sufferings given its traumatizing and dehumanizing potential.

Keywords: women, motherhood, mental health services, psychoanalysis-methodology, feminist psychology, qualitative research.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue comprender la experiencia emocional de mujeres-madres en tratamiento en un Centro de Atención Psicosocial III (CAPS III) sobre el proceso de la enfermedad mental, desde la perspectiva de las propias participantes. Considerando que la sociedad contemporánea es estructuralmente sexista, siendo las mujeres fuertemente oprimidas, al mismo tiempo que es heterogénea y compleja, el sexismo se configura de forma diferente en los múltiples contextos sociales. Nos interesa reflexionar sobre el sufrimiento femenino en la intersección con la salud mental, debido a nuestro sentimiento de urgencia de una perspectiva crítica e interseccional para pensar en la salud mental de las mujeres en Brasil. Este estudio se organiza como una investigación cualitativa con el método psicoanalítico, realizado a partir de tres entrevistas transicionales individuales con cinco mujeres usuarias de un CAPS III, que fueron indicadas por profesionales del equipo que las acompaña. Las entrevistas transicionales, orientadas por el concepto de manejo winnicottiano, se estructuraron a partir de una pregunta orientadora - "¿Qué imaginas que ocurrió para que estés aquí en el CAPS?", a partir de la cual las participantes pudieron hablar libremente sobre sus historias, y por el uso del recurso mediador del Procedimiento Dibujo-Historia con Tema, adaptado para priorizar el cuidado ético de la población vulnerable. El material de la investigación se compone de dos tipos de producciones narrativas: (a) producciones imaginativas de las entrevistadas y (b) Narrativas Transferenciales, en las que la investigadora ya presenta una elaboración interpretativa de lo que vivió en los encuentros con las participantes. Trabajando en conjunto con el grupo de investigación, el material se interpretó psicoanalíticamente en términos de dos campos de sentido afectivo-emocional y un subcampo que titulamos "Hay males que vienen para el mal", y su subcampo "Sobrevivir en tierra árida", y "¿Y yo no soy una mujer?". El panorama general sugiere que estas mujeres fueron traumatizadas repetidamente a lo largo de su vida, siendo la enfermedad mental uno de los traumas experimentados. Dado que su historia de enfermedad se insiere en el campo de la maternidad y la conyugalidad en el contexto de una sociedad patriarcal, se sienten destituidas de su lugar como mujeres porque no cumplen las expectativas sociales en términos de cuidados. A pesar del ideal de maternidad compartido, revelan que en nuestro país no todas las maternidades son bien vistas, aunque estén directamente asociadas a la condición de precariedad social. En conclusión, ser mujer-madre, periférica, negra, en tratamiento de salud mental y víctima de violencia en Brasil se configura como un conjunto de intersecciones en el que múltiples condiciones de opresión operan en la producción de sufrimientos, dado su potencial traumático deshumanizador.

Palabras clave: mujeres, maternidad, servicios de salud mental, psicoanálisis-metodología, psicología feminista, investigación cualitativa.

“Minha esperança, acima de tudo,
é que mais pessoas,
outrora e ainda hoje silenciadas,
encontrem a sua própria voz.
Eu, pelo menos,
quero ouvir o que elas têm a dizer”

Patricia Hill Collins
(2019, pp 19).

Sumário

Notas sobre um percurso	10
Capítulo 1. A saúde mental das mulheres brasileiras	16
Feminismos e interseccionalidade	22
Violência de gênero.....	28
Assistência pública à saúde mental no Brasil	33
Capítulo 2. Estratégias Metodológicas	42
Pesquisa Qualitativa com Método Psicanalítico	42
Conceitos Fundamentais.....	47
Entrevista Transicional e o uso do Procedimento de Desenho-Estória com Tema (PDE-Tema)	54
Delineando as Entrevistas Transicionais	59
As mulheres participantes.....	62
Procedimento de registro e de interpretação do material de pesquisa	64
Ética na pesquisa qualitativa com pessoas vulnerabilizadas.....	68
Capítulo 3. Narrativas Transferenciais	72
Rosa, a incendiária.....	74
Bem me quer, mal me quer.....	90
Saudades de mim.....	113
O cangaço de Violeta.....	130
Capítulo 4. Interpretações e Interloquções Reflexivas	146
Campo 1. Há males que vem para o mal	148
Subcampo. “Sobrevivendo em solo árido”	162
Campo 2. “E eu não sou uma mulher?”	170
Considerações finais	189
Referências Bibliográficas.....	193
Anexo A.....	212
Anexo B.....	213

Notas sobre um percurso

“quando rejeitamos a história única,
quando percebemos que nunca existe
uma história única sobre lugar nenhum,
reavemos uma espécie de paraíso.”

(Adichie, 2019, p. 33)

Inicialmente, gostaria de contextualizar meu percurso até a chegada do doutorado e a construção intensa dessa tese, que certamente marca minha trajetória como pesquisadora e minha história pessoal. Compartilho com você, leitora¹, o meu percurso na psicanálise, na saúde mental e no universo feminino, já que como diz Iaconelli (2023, p. 15): “não perseguimos temas de pesquisa: são eles que nos perseguem e, desde o inconsciente, nos fazem sonhar e produzir”.

Foi na graduação em Psicologia, durante a disciplina de Psicopatologia, que começou a despertar meu encantamento pela área da saúde mental. Ao realizar o estágio de observação, em um hospital psiquiátrico que seguia um modelo manicomial, os primeiros impactos emocionais foram de indignação e revolta. O contato com a situação desumana das pessoas que ali estavam gerou um sentimento de injustiça, mas também uma grande curiosidade por compreender a loucura. Os estágios do quinto ano foram cruciais, já que os desenvolvi em um CAPS III² e em um Centro de Convivência, ambas unidades da instituição Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira.

¹ Na norma culta portuguesa utilizamos os termos no gênero masculino para designar tanto homens quanto mulheres. Nesta sessão da tese, tomarei a liberdade de usar o gênero feminino, incluindo todas as pessoas, como forma de resistência ao machismo de nossa língua.

² Os Centros de Atenção Psicossocial III são serviços que atendem pessoas com transtornos mentais graves, maiores de 18 anos de idade. Oferecem atenção contínua e retaguarda noturna, funcionando 24 horas/dia.

Depois de formada, trabalhei por seis anos como psicóloga em um CAPS AD³, a partir do qual fui, intuitivamente, me aproximando de uma visão crítica tanto da psicanálise, quanto de questões sociais. Eu estava fazendo um curso de formação em psicanálise, numa perspectiva psicanalítica bastante tradicional. Apesar de denso e muito completo, eu sentia que o curso não agregava tanto à prática clínica institucional. Sentia falta de um referencial teórico que contribuísse com o manejo dos pacientes do CAPS, o que me levou a buscar um grupo de estudos que se dedicava a pensar nas contribuições winnicottianas. Acredito que foi um primeiro contato mais profundo com uma perspectiva psicanalítica relacional, que ressoou em mim positivamente.

Além da descoberta da pluralidade da psicanálise, também fez parte dessa experiência profissional o contato com situações de vida adversas. O encontro com a pobreza da periferia e com a falta de acesso mobilizou-me a buscar uma visão crítica dos sofrimentos, que mais tarde vim a compreender como sofrimentos sociais. Nesse período, pude acompanhar muitas situações de vida em que ficou evidente como as condições concretas de extremo desamparo compõem diretamente a experiência emocional de adoecimento.

Ao mesmo tempo, passei a frequentar espaços dos movimentos feministas em busca de compreender questões de desigualdade de gênero que eu observava, tanto na minha vida pessoal quanto na prática clínica. Intrigada em pensar os papéis construídos socialmente, assunto que foi pouco trabalhado nos espaços em que estudei, comecei a ler as estudiosas do feminismo. Os incômodos gerados pelas injustiças que eu presenciava, principalmente da violência de gênero, foram, aos poucos, se distanciando de serem questões pessoais e internas como a psicanálise

³ Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas atendem pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

metapsicológica tradicionalmente compreende, para se revelar como questões sociais cruciais. Eu ansiava por espaços de reflexão acerca desses fenômenos.

Dessa forma, ingressei no grupo de pesquisa “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção”, para desenvolver a minha pesquisa de mestrado, sob orientação da Professora Tânia Maria José Aiello-Vaisberg. Dediquei-me a investigar o imaginário dos trabalhadores de um CAPS AD sobre mulheres usuárias de drogas, o que, considerando o contexto de vida das pessoas que frequentam os serviços públicos de saúde mental em nosso país, levou-nos a pensar sobre o fenômeno da interseccionalidade. O resultado da pesquisa mostrou que na interface de gênero, classe e uso de drogas, as condições de vida adversas se destacaram como principal preocupação dos trabalhadores que cuidam das pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

Certamente, a pesquisa do mestrado me ajudou a elaborar muito do que eu havia vivenciado nos anos de CAPS AD. Mas só reforçou o meu interesse em produzir conhecimentos compreensivos no universo do debate de gênero. Retomando minhas primeiras experiências em saúde mental e o meu olhar atento aquilo que se refere às mulheres, definimos pelo recorte de mulheres pacientes de um CAPS III, focalizando a interface do sofrimento feminino com a loucura.

Com sua ousadia e generosidade, a Professora Tânia Vaisberg me permitiu sonhar acompanhada essa pesquisa e, a despeito de todas as adversidades de entrevistar pessoas em sofrimento intenso, com sua sensibilidade Tânia me ofereceu suporte e me fez acreditar que seria possível. Desde o início foram muitos obstáculos. Estávamos vivenciando a pandemia de Covid-19, o que afetava nossas vidas profundamente. Ainda assim, seguimos o trabalho para tornar viável a pesquisa.

Logo que iniciei as entrevistas com as participantes fui devastada pelo desligamento da Professora Tânia Vaisberg do Programa de Pós-Graduação da PUC-Campinas. Diante desse

baque, levou um tempo para poder reconstruir as minhas esperanças de que concluir o doutorado fosse possível. Com sorte, o susto dessa mudança repentina foi acolhido pela nova orientadora Professora Tânia Mara Marques Granato que teve paciência nesse processo de “adoção”.

Aos poucos, fomos construindo um modo de trabalhar, que preservou aquilo que tinha sido trilhado com a Professora Tânia Vaisberg e seu grupo de pesquisa, do qual carrego gratidão. O fato de ambas as professoras compartilharem o referencial teórico psicanalítico, tendo Winnicott e Bleger como principais interlocutores, também ajudou na transição de orientação.

Retomando as entrevistas no CAPS, por não intencionarmos privilegiar nenhuma condição psicopatológica, solicitamos que os profissionais da equipe fizessem a indicação das participantes. O critério de inclusão foi ser mulher em tratamento no serviço e que os profissionais suspeitassem de que poderia ser interessante para aquelas pacientes conversarem sobre suas histórias de adoecimento. Para minha surpresa, as cinco participantes da pesquisa foram mulheres-mães, de classe desfavorecida, pacientes de longa data na saúde mental e vítimas de violência de gênero. Apesar de estar alerta quanto à possível condição de classe das participantes, considerando as pessoas que costumam frequentar os CAPS, nos deparamos com duas questões ocultas pelas demais: a violência e a maternidade, condições que tornam as mulheres brasileiras mais vulneráveis, como espero conseguir defender nesta tese.

A princípio, o perfil selecionado pelos profissionais parecia ser o de “pacientes difíceis” do serviço, ou mesmo ser pautado na profunda relação entre ser mulher e ser mãe, mas refletir sobre a indicação das participantes significaria pensar sobre o imaginário coletivo dos profissionais acerca das pacientes do CAPS, o que configuraria uma nova pesquisa. Dessa forma, permanecemos com a questão em aberto: o que nos diz esse perfil de mulheres-mães, vítimas de violência e pacientes crônicas?

Sem dúvida, ser uma pesquisadora mulher favoreceu o desenvolvimento das entrevistas, mas não deixo de considerar que minha condição de privilégio tenha refletido nos encontros com as participantes. Reconhecendo o meu lugar de fala (Ribeiro, 2019) de mulher, branca, pesquisadora psicóloga, sem filhos e cuja condição socioeconômica difere das participantes, mantive uma postura de máximo respeito às mulheres e as suas histórias de adoecimento. Com pesar, concordo com bell hooks (2023) em relação a constatação de que “mulheres brancas recebem dinheiro de financiamento para pesquisar sobre mulheres negras” (p. 31) – acrescentaria aqui mulheres pobres –, porém espero ter feito um bom uso deste privilégio, em busca de contribuir com transformações sociais que combatam o silenciamento de mulheres. Recorro novamente a hooks (2023) para declarar que compartilho de um posicionamento ético-político de que a luta pela igualdade de gênero é uma luta de todas as pessoas, não apenas das mulheres: “nossa luta pela libertação somente tem significado se acontecer dentro de um movimento feminista que tenha por objetivo fundamental a libertação de todas as pessoas” (p. 36).

Após um ano frequentando o CAPS para realizar as entrevistas, embarquei em um estágio internacional de nove meses na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Portugal), sob orientação da Professora Conceição Nogueira, uma das líderes do grupo de pesquisa “Diversidade, gênero e sexualidades”. Essa oportunidade de fazer Doutorado Sanduiche acrescentou muito em minha formação acadêmica, tanto pelo aprendizado teórico-metodológico, quanto pela pesquisa realizada com mulheres portuguesas vítimas de violência de gênero. A experiência de acompanhar o trabalho de outro grupo de pesquisa, auxiliada especialmente pela Professora Liliana Rodrigues e pela colega Ana Pinho, enriqueceu o meu olhar científico sobremaneira. Não posso deixar de destacar que além dos estudos de gênero, a perspectiva interseccional deste grupo certamente influenciou a

interpretação do material da tese e ampliou a minha compreensão acerca do sofrimento feminino.

Finalizando minhas notas de percurso, convido a leitora a embarcar nos capítulos dessa tese, que apresento a seguir. No primeiro capítulo, intitulado “A saúde mental das mulheres brasileiras”, encontra-se um panorama da saúde mental feminina, da qual a perspectiva teórica feminista e interseccional contribui para compreender o cenário. Refletimos sobre a violência de gênero que acomete as mulheres e a rede de assistência à saúde, onde elas são cuidadas. O segundo capítulo “Estratégias metodológicas”, consiste no delineamento do referencial teórico que sustenta essa pesquisa, bem como as etapas para desenvolvê-la, em busca de deixar maximamente evidente o percurso metodológico traçado. No terceiro capítulo “Narrativas Transferenciais”, a leitora irá encontrar os relatos das entrevistas transicionais com as participantes, nos quais já apresento a primeira leitura interpretativa do material de pesquisa. Em seguida, o quarto capítulo intitulado de “Interpretações e Interloquções reflexivas”, constitui nas reflexões tecidas acerca dos campos de sentido afetivo-emocional que foram criados/encontrados em nossa busca de compreensão sobre a experiência vivida por essas mulheres. E, por fim, assinalamos algumas considerações finais, destacando a urgência de olhar para o sofrimento feminino invisibilizado e para as implicações na saúde mental das mulheres.

Desejo uma boa leitura!

Capítulo 1. A saúde mental das mulheres brasileiras

“La conducta de un ser humano
o de un grupo está siempre en función
de las relaciones y condiciones interactuantes
en cada momento dado”⁴
(Bleger, 1963/2007, p. 39)

A saúde mental é um campo da experiência humana debatido mundialmente e, como enfatiza a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), saúde é muito mais do que a ausência de doença. A saúde mental é uma condição intrínseca ao bem-estar individual e coletivo e, de acordo com o diretor da OMS, “não há saúde sem saúde mental” (Ghebreyesus, 2021, p. v). Em outras palavras, significa ter capacidade de utilizar habilidades cognitivas e emocionais para lidar com demandas cotidianas e contribuir com a comunidade (OMS, 2022). Porém, há que se considerar que essa condição depende diretamente do acesso a educação, habitação, alimentação, renda digna, emprego, transporte, cultura, entre outros (Laboratório Think Olga, 2023). Se em 2019, estimava-se que cerca de 1 bilhão de pessoas tinham algum transtorno mental no mundo, em 2020, no primeiro ano da pandemia de Covid-19, as taxas de depressão e ansiedade aumentaram em 25% na população mundial. Somados a esses números alarmantes, a inserção social e o combate ao estigma, discriminação e violação dos direitos humanos de pessoas com problemas de saúde mental são pautas constantes de lutas e debates até hoje (OMS, 2022). Tal panorama sinaliza tanto a urgência quanto a negligência de políticas de enfrentamento dos problemas de saúde mental das populações nos diferentes contextos.

⁴ “A conduta de um ser humano ou de um grupo está sempre em função das relações e condições interagentes em cada dado momento.” (tradução)

Já no contexto brasileiro, cerca de dois terços das pessoas com ansiedade e depressão são mulheres, ou seja, sete em cada 10 mulheres têm diagnóstico de depressão e ansiedade no nosso país, segundo o *Institute for Health, Metrics and Evaluation* (IHME, 2019). Além disso, as mulheres representam a maioria de pacientes nos serviços de saúde mental (Almeida et al., 2023; Barbosa et al., 2020; Campos et al., 2017; Costa et al., 2015; Moióli, 2024, 10 março; Roland et al., 2023), mulheres negras e pobres são as maiores consumidoras de psicotrópicos (Pereira, 2019).

Na Grécia Antiga, no que podem ser consideradas as primeiras concepções de saúde mental das mulheres, acreditava-se que o útero causava a maioria das doenças físicas, crença que se expandiu de modo a abarcar também a loucura. Além de apresentar um viés biológico na compreensão da saúde mental, essa ideia acabava por determinar que as mulheres eram mais propensas a adoecer do que os homens, já que são as únicas portadoras de útero (Silverio, 2021).

Esse movimento de patologização do feminino reaparece em diversos momentos da história. Enquanto no século XVI, as mulheres consideradas difíceis para a época eram julgadas como bruxas, as mulheres que exibiam conduta incompreensível e/ou repreensível foram diagnosticadas como histéricas no século XIX, e continuam a ganhar novos rótulos estigmatizantes, de acordo com o que significa ser mulher em cada período histórico (Ussher, 2013). Também no século XIX, o comportamento considerado desviante era explicado pelo mau funcionamento dos órgãos reprodutivos femininos, de forma que intervenções como a extração dos grandes lábios, clítoris, útero e ovários foram usadas nos tratamentos femininos. Com o intuito de controlar os desejos sexuais exacerbados que causavam perturbações mentais, a ovariectomia (retirada dos ovários) foi mundialmente utilizada (Pereira & Amarante, 2017). Mais tarde, quando o tratamento para doentes mentais ocorria exclusivamente em situação de isolamento nos hospitais psiquiátricos, as mulheres que apresentassem comportamentos que

fugiam das expectativas sociais eram internadas e até lobotomizadas⁵ (Laboratório Think Olga, 2023). Assim, podemos concluir que as mulheres sempre foram objeto de controle e vigilância social.

Diante disso, interessou-nos focalizar a saúde mental das mulheres. Segundo Caponi et al. (2023), não existe nenhuma explicação biológica que justifique a desigualdade de gênero⁶ no campo da saúde mental. Para os autores, as diferenças surgem das desigualdades sociais que situam, historicamente, as mulheres em um lugar subordinado. Nessa linha, os altos índices de diagnósticos psiquiátricos dados às mulheres e o elevado número de prescrições de medicamentos podem ser uma forma de castigo que as sociedades patriarcais impõem às mulheres, devido aos comportamentos tidos como inaceitáveis.

Similarmente, Bacigalupe e Martín (2021) identificam a desigualdade de gênero tanto no diagnóstico de depressão quanto na medicalização, uma vez que as mulheres são mais diagnosticadas e medicadas, sem que essa conduta encontre justificativa no estado de saúde ou pelo número de consultas. As autoras não descartam a possibilidade de que as concepções hegemônicas de masculinidade desencorajem os homens a expressar sintomas de depressão que são tradicionalmente considerados femininos, ou que os profissionais deem menos atenção aos sintomas depressivos em pacientes homens, o que gera negligência na identificação do sofrimento masculino. Ainda assim, atribuem o excesso de patologização das mulheres ao preconceito e à discriminação de gênero.

⁵ De acordo com Masiero (2003), a lobotomia e a leucotomia “eram duas técnicas neurocirúrgicas que intentavam eliminar determinadas doenças mentais ou modificar ‘comportamentos inadequados’” (p. 550), tendo sido utilizadas nos manicômios brasileiros entre 1936 e 1956. Para além das questões éticas que ensejavam, tais técnicas experimentais foram abandonadas assim que os psicofármacos foram introduzidos como terapêutica.

⁶ Alinhadas com Joan Scott (1995), concordamos que gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e é, ao mesmo tempo, uma forma primária de dar significados às relações de poder. Em outras palavras, gênero é um conceito relacional, que revela as desigualdades históricas entre homens e mulheres.

Ao considerar os valores e os papéis de gênero como constituintes da subjetividade dos indivíduos, à medida que interferem no modo como as pessoas se expressam e sofrem, além do fato de que as relações de gênero perpassam a área da psiquiatria, seja na epidemiologia, na semiologia ou no diagnóstico, faz-se necessário o desenvolvimento de um olhar clínico genderado no campo da saúde mental. Em outras palavras, o sofrimento psíquico precisa ser compreendido em sua complexidade, levando em consideração o gênero, bem como outras características que certamente interferem na experiência de sofrimento de cada um (Zanello, 2014a). Quando tais considerações não são devidamente incluídas na compreensão clínica, há sempre o risco de um olhar enviesado.

Caponi et al. (2023) também compreendem que a construção do diagnóstico e a interpretação dos sintomas não estão livres do viés de gênero em nossa cultura ocidental, pois há um olhar tendencioso para aquilo que é expresso por homens e por mulheres. O mesmo sintoma é interpretado de diferentes formas quando manifestado por uma mulher ou por um homem, até mesmo em termos do que é tolerado socialmente. Assim, combater o viés de gênero significa contextualizar o sofrimento, despatologizar atitudes e comportamentos das mulheres, na busca de um olhar clínico crítico.

Para ilustrar esse fenômeno, o estudo de Zanello e Silva (2012) nos parece particularmente adequado. Ao se debruçar sobre os prontuários de dois grandes hospitais psiquiátricos visando identificar os diagnósticos e os sintomas de mulheres e homens, os autores se depararam com uma diferença da incidência dos transtornos, as mulheres são mais diagnosticadas com transtornos de humor, enquanto os homens com transtornos psicóticos. Além disso, observaram uma maior prevalência de queixas a respeito dos relacionamentos interpessoais nos prontuários femininos, enquanto esta não era uma questão presente nos prontuários masculinos, nos quais as queixas se organizavam em torno da temática da virilidade.

Em outro estudo, Zanello (2014b) reflete sobre um sintoma encontrado em muitos prontuários de mulheres: o “choro imotivado”. O termo imotivado demonstra certa incompreensão por parte dos profissionais quanto à expressão emocional das pacientes, o que nos leva a pensar em duas possibilidades: a escuta apressada ou a desvalorização da manifestação. Zanello entrevista uma paciente, em cujo prontuário se lia “choro imotivado”, com o objetivo de compreender o que se passava com ela. A mulher revela que sofria violência sexual no casamento e que teve seu primeiro surto no dia em que, diante de sua recusa a manter relações sexuais com o marido, ele a estuprou. Ao nomear o choro como “imotivado”, deparamo-nos com a invisibilização do sofrimento feminino e com o encobrimento de um tema tabu em nossa sociedade: o estupro no casamento.

De acordo com a OMS (2021), o risco acentuado de mulheres desenvolverem transtornos mentais pode ter relação com as diversas funções desempenhadas por elas, seja no contexto familiar ou profissional, as quais proporcionam uma sobrecarga física e mental e, conseqüentemente, aumentam as possibilidades de sofrimento psíquico nessa população. Algumas das mulheres diagnosticadas com depressão e ansiedade podem estar sobrecarregadas por contextos de vida adversos, indicando que seus problemas não são biológicos ou individuais, mas sim sociais e políticos (Caponi et al., 2023). Vale sublinhar o alerta de Caponi et al. (2023) de que nem todo diagnóstico psiquiátrico representa uma ferramenta de controle social, embora sofrimentos psíquicos intensos sempre necessitem de cuidado especializado.

Levando em conta a opressão feminina, debruçaremos sobre as ideias de algumas estudiosas que buscaram compreender esse fenômeno tão enraizado socialmente. Em suas pesquisas, a historiadora Silvia Federici (2017) resgata aspectos que foram ocultados na história europeia, contribuindo para uma melhor compreensão do fenômeno da opressão feminina no patriarcado capitalista. Durante os tempos medievais, a organização social, para garantir aos camponeses o acesso familiar à terra, permitia um viver comunal no qual as mulheres

conheciam uma condição de certa igualdade em relação aos homens. Essa organização se transformou à medida que os servos camponeses se tornaram trabalhadores assalariados em ambientes urbanos. Tal mudança gerou efeitos extremamente danosos para as mulheres porque resultou numa separação bem definida entre trabalho produtivo remunerado e trabalho reprodutivo não remunerado. Assim, as mulheres, responsáveis pelo trabalho reprodutivo – que envolve todo trabalho cotidiano de alimentação, limpeza, entre outras tarefas de cuidado –, viram-se em condições bem próximas às dos negros escravizados, trabalhando em troca de alimento e abrigo. Federici (2019) considera que o capitalismo, enquanto sistema econômico-social baseado em processos de acumulação de capital e exploração da força de trabalho, é inerentemente sexista, porque o trabalho reprodutivo, realizado predominantemente por mulheres, é maximamente explorado e desvalorizado.

Em contrapartida, Arruzza (2015) compreende que não foi o capitalismo que criou a opressão de gênero, já que a ordem patriarcal era anterior ao seu desenvolvimento, embora tenha se beneficiado e reproduzido as desigualdades, as hierarquias herdadas do colonialismo, como a exploração das mulheres. Saffioti (2001), que utiliza o patriarcado como uma categoria de análise das relações sociais, sugere que na ordem patriarcal os homens que detêm o poder sobre as mulheres o fazem porque são autorizados socialmente a dominá-las e a explorá-las. Motta (2017) destaca que, com base nos estudos sobre a família patriarcal no Brasil, Saffioti não entende a dominação masculina como fenômeno exclusivo da sociedade capitalista atual.

A pesquisa realizada pelo *United Nations Development Programme* (UNDP, 2023) revela que para 25% das pessoas no mundo é justificável que um homem bata em uma mulher, evidenciando a permanência das crenças da população em relação às mulheres ao longo da última década. No Brasil, 84,5% da população tem algum tipo de preconceito contra as mulheres e 31% da população acredita que os homens têm mais direitos ao trabalho do que as mulheres ou mesmo que os homens são melhores no mundo dos negócios (Barreto, 2023).

Segundo Silva (2010), o preconceito é a mola central que reproduz a discriminação e exclusão, ao mesmo tempo que justifica a violência.

Podemos observar, por exemplo, um fenômeno contemporâneo disseminado pela internet do movimento *Red Pill*, que promove discriminação contra as mulheres, a partir da crença em uma suposta superioridade masculina. Muitos influenciadores desse movimento ganharam seguidores nos últimos anos, o que parece indicar a normalização da misoginia (Janu, 2023), além do fato de que a hegemonia patriarcal que, historicamente oprimiu as mulheres, ainda as coloca em situação de subordinação, promovendo relações assimétricas⁷.

Ainda que todas as mulheres sofram opressão, ela adquire feições diferentes nos múltiplos espaços sociais. De acordo com Saffioti (2001), a ordem de gênero não opera sozinha, entrelaça-se com outras ordens, como raça e classe, que juntas constroem uma realidade bastante complexa. É o que veremos a seguir.

Feminismos e interseccionalidade

Como forma de lidar com a estrutura patriarcal e machista ao longo das décadas, surgiram os movimentos sociais feministas que buscavam, e ainda buscam, uma reestruturação da sociedade para lutar contra a dominação masculina e a favor da equidade de gênero. Mas, como todo movimento social, o feminismo não foi e nem é um movimento único e coeso.

Conforme alerta Nogueira (2017), pensar o movimento feminista com base no conceito de ondas, ideia muito conhecida, pode gerar dois equívocos: um deles é favorecer uma visão reducionista e simplificadora dos posicionamentos e o outro de que essas perspectivas teóricas

⁷ A desigualdade de gênero é um fenômeno mundialmente reconhecido. Em 2015, a ONU adotou 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a partir dos quais foram construídas agendas e metas até o ano de 2030, visando acabar com a pobreza, proteger o planeta e garantir a prosperidade para todos. O quinto objetivo refere-se à igualdade de gênero e à promoção de empoderamento de todas as mulheres e meninas (ONU, 2015).

teriam sido superadas. A concepção de ondas serve para mostrar um fluxo de movimento ao longo do tempo com um certo grau de coerência. É importante destacar que essa ótica de análise do feminismo em ondas pertence à história ocidental, especialmente ao eixo Europa – Estados Unidos.

Posto isso, de forma sucinta, a primeira onda ocorreu no meio do século XIX até meados dos anos 1960, na qual as principais reivindicações giravam em torno da emancipação das mulheres de um estatuto civil dependente e subordinado, ou seja, a luta por direitos civis de serem consideradas como “sujeito jurídico”, pelo direito ao voto e pelo direito ao trabalho (Nogueira, 2017). Em relação à conquista feminina do direito ao voto, Perez e Ricoldi (2023) destacam que sua ocorrência se deu conforme o momento histórico de cada país ou região: Estados Unidos (1920), Reino Unido (1928), Uruguai (1927), Brasil (1932), Paraguai (1961).

Já na segunda onda, que ocorreu entre os anos 1960 e os 1980, a principal preocupação das feministas era de que as mulheres continuavam em desvantagem no trabalho, mas principalmente no núcleo familiar. Foram problematizadas questões sobre o corpo, a sexualidade e as violências sofridas pelas mulheres na vida privada. Naquele momento, surgiram diversas teorias feministas – feminismo liberal, marxista, radical, negro, entre outros –, que focalizavam diferentes questões sobre o que consideravam ser a causa da opressão contra as mulheres. A terceira onda, que emerge nos anos 1980, conhecida como pós-feminismo, constitui uma posição teórica que questiona as concepções femininas/feministas essencialistas – lógica que trabalha com a ideia de que as pessoas têm características universais e generalizáveis –, de forma que critica as perspectivas tradicionais da segunda onda (Nogueira, 2017).

A quarta onda teve início na década de 2010, tem como disparador o contexto de expansão da internet enquanto espaço público, o que ampliou as possibilidades de protestos e de trocas entre as pessoas. Os feminismos contemporâneos apresentam as seguintes características

comuns: a perspectiva interseccional, a internacionalização e a organização em coletivos. Vale destacar que, embora as redes sociais e a internet tenham favorecido a criação de novos repertórios de mobilização, no contexto brasileiro uma parcela da população ou não tem acesso à internet ou tem acesso limitado, sendo, portanto, marginalizada desses movimentos contemporâneos (Perez & Ricoldi, 2023).

Ainda que algumas importantes reivindicações feministas tenham sido atendidas, não significa que haja uma continuidade do movimento em ondas cronológicas superadas, de forma que alguns debates antigos se fazem atuais (Ribeiro et al., 2021). Nessa perspectiva, a ideia de ondas carrega a noção de que os fenômenos coexistem, ainda que se destaquem em certos momentos históricos (Perez & Ricoldi, 2023).

O feminismo para os 99% (Arruzza et al., 2019) surgiu da crítica de que o feminismo hegemônico beneficia uma pequena parcela de mulheres, que crescem com o feminismo liberal ou com o feminismo radical. Ao universalizar a categoria mulher, beneficiam-se apenas as privilegiadas, de forma que, em vez das mudanças serem emancipatórias, acabam por ser meritocráticas, fenômeno chamado pelas autoras como “verniz emancipatório” (Arruzza et al., 2019, p. 99). Assim, ainda que consideremos todas as mulheres como vítimas de opressão misógina, as opressões assumem diferentes formas de acordo com as condições concretas de vida. Ribeiro (2016) comenta que enquanto as “mulheres brancas lutavam pelo direito ao voto e ao trabalho, as mulheres negras lutavam para serem consideradas pessoas” (p. 100).

A posição feminista das mulheres negras tem sido particularmente influente ao defender que não há homogeneidade entre as mulheres, trazendo luz à sua diversidade (Nogueira, 2017). bell hooks⁸ (2019), uma das mais influentes intelectuais do feminismo negro, alerta que o

⁸ A autora utiliza seu nome com as iniciais em letra minúscula, como forma de assumir um posicionamento político que busca romper com as convenções linguísticas e acadêmicas, dando enfoque ao seu trabalho e não à sua pessoa. Em respeito à escolha da autora, mantivemos a grafia em letras minúsculas.

sexismo é um sistema de dominação, mas que não determina sozinho a forma como as mulheres vivem nas sociedades atuais. Ao identificar que o discurso das feministas brancas raramente reflete a experiência das mulheres como um grupo, a autora aponta que o feminismo se tornou uma ideologia burguesa e que para resistir a essa tendência, é necessária uma nova perspectiva que não se baseie no individualismo liberal. Dessa forma, reconhecendo a importância do feminismo negro, hooks (2019) destaca:

É essencial à continuação da luta feminista que as mulheres negras reconheçam as vantagens advindas de nossa marginalidade e façam uso dessa perspectiva para criticar a hegemonia do racismo, do sexismo e do classismo, de modo a vislumbrar e criar uma contra-hegemonia. (p. 46)

Patricia Hill Collins é outra feminista negra norte-americana com vasta trajetória teórica e política com reconhecimento internacional (Silva & Nova, 2022). A intelectual, que tem uma grande contribuição para o feminismo negro, desenvolveu o conceito de “matriz de dominação”, segundo o qual múltiplas categorias de pertencimento se organizam para gerar hierarquias de poder de acordo com as estruturas sociais de opressão e de privilégio. Collins (2019) aponta que os sistemas de discriminação afetam todas as pessoas, “no entanto, encontramos-nos em posições diferentes dentro das relações de poder” (p. 14), de forma que as pessoas podem estar na condição de privilégio ou de opressão conforme o sistema considerado, condição que interfere radicalmente em sua experiência pessoal.

Diante desse cruzamento de opressões, Kimberlé Crenshaw, advogada, feminista negra e acadêmica norte-americana, foi a primeira a usar o termo interseccionalidade em 1989, definindo-o como “uma conceituação de um problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação” (Crenshaw, 2002, p. 177). Em outras palavras, visa explicitar a invisibilidade das demandas das mulheres negras e combater a injustiça social.

A autora utiliza uma situação empresarial para ilustrar o conceito e denunciar como uma visão tradicional encobre as sobreposições de discriminações. Algumas mulheres afro-americanas entraram com um processo judicial para acusar uma empresa de discriminação, já que não contratava mulheres negras. No tribunal, houve um questionamento quanto a essa acusação, pois a empresa empregava tanto homens negros quanto mulheres brancas. Tomando essas duas categorias isoladamente, não havia motivo para alegar discriminação de gênero ou racial. Isso porque a discriminação racial e de gênero não atingia a todos, somente as mulheres negras. Em uma analogia didática, Crenshaw (2004) descreve as discriminações como se fossem ruas com sulcos profundos nos quais o poder flui encontrando as pessoas em seus pontos de cruzamento. Assim, a experiência interseccional é maior do que a soma do racismo e sexismo e qualquer análise que não leve em conta o olhar interseccional desconsidera formas particulares de subordinação.

Nogueira (2017) apresenta, de forma didática, a diferença entre entender as características identitárias como uma somatória, por exemplo: “mulher + branca + heterossexual”, e analisar todas as facetas da identidade como partes integrais interrelacionadas de um todo complexo, o que nesse exemplo seria expresso por uma multiplicação: “mulher x branca x heterossexual” (Nogueira, 2017, p. 147).

Assim, a interseccionalidade emerge das teorias do feminismo negro como resposta à questão da diversidade no interior do grupo de mulheres, com base na compreensão de que o gênero não é um componente isolado da identidade pessoal, mas associado a raça, classe, sexualidade, capacidade física, nacionalidade, religião, entre outros. Em outras palavras, o fenômeno da opressão não age de forma independente, ocorre na intersecção de múltiplas formas de discriminação que criam um sistema complexo de opressão e desigualdade social (Nogueira, 2017).

Biroli e Miguel (2015) contribuem com esse olhar crítico quando debatem o fenômeno da feminização da pobreza. Segundo a ONU Mulheres (2022), mais de 70% das pessoas que vivem em situação de pobreza no mundo são mulheres, o que aponta para um fenômeno global de feminização da pobreza. Entretanto, os autores denunciam, com base nos dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que ao analisar conjuntamente gênero e raça, a vulnerabilidade e a pobreza atingem sobremaneira as mulheres negras.

Apesar do conceito interseccionalidade ter nascido no contexto do feminismo norte-americano, outras ativistas e teóricas já apontavam para a importância de se considerar a questão racial nos debates sobre gênero. No Brasil, a filósofa, antropóloga e ativista Lélia Gonzalez discutia a articulação entre sexismo e racismo nos anos 1980. Em um de seus textos mais importantes – “Racismo e sexismo na cultura brasileira” – Gonzalez (1984/2020) identifica o racismo como a neurose cultural brasileira, em seu sentido psicanalítico de construção inconsciente que liberta o neurótico da angústia, sendo que “sua articulação com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular” (p. 76).

Gonzalez (1984/2020) foi uma das pioneiras a denunciar o mito fundante da sociedade brasileira: o mito da democracia racial. Esse mito faz referência às ideias de que não há racismo no Brasil e que a miscigenação brasileira ocorreu de forma harmônica (Nascimento, 2019). Gonzalez destaca que esse mito é fruto da ação colonizadora que pretendia o branqueamento de valores culturais, negando e depreciando o papel dos povos negros e indígenas na criação da nacionalidade brasileira.

Ao refletir sobre as contribuições de Lelia Gonzalez, Gonçalves (2022) destaca o papel ideológico do racismo que promove a internalização da superioridade do colonizador pelo colonizado. A autora diferencia o racismo aberto como ocorre nos Estados Unidos, em que há uma explicitação da discriminação, e o racismo disfarçado, em que a miscigenação e a ideia de democracia racial constroem sociedades estratificadas, de forma que o branco se mantenha na

posição superior. Nessa perspectiva, a ideologia do embranquecimento nasce do preconceito e mantém os povos não brancos na condição de subalternos.

Em linha análoga, Cida Bento (2022) apresenta uma relevante contribuição em seu livro *O pacto da branquitude*. A autora ilustra, com base em experiências profissionais, pessoais e de pesquisas acadêmicas, a transmissão, através de gerações, de um pacto de cumplicidade silencioso entre pessoas brancas em nome da manutenção de seus privilégios. Bento (2022) mostra como as mesmas pessoas se mantêm no poder das organizações públicas e privadas, em geral homens brancos, sendo a desigualdade de acesso sustentada pela meritocracia. Nosso histórico escravocrata somado ao pacto da branquitude mantém as desigualdades do país:

Em sociedades desfiguradas pela herança do racismo, a preferência de um mesmo perfil de pessoas para os lugares de comando e decisão nas instituições financeiras, de educação, saúde, segurança etc., precariza a condição de vida da população negra, gerando desemprego e subemprego, a sobrerrepresentação da população negra em situação de pobreza, os altos índices de evasão escolar e mal desempenho do alunado negro e os elevados percentuais de vítimas negras de violência policial. (Bento, 2022, pp. 76-77)

Depois dessa breve defesa em favor de um olhar crítico interseccional para pensar as experiências emocionais que ocorrem em contextos macrossociais concretos (Bleger, 1963/2007), vimo-nos conduzidas aos estudos sobre a violência de gênero no Brasil.

Violência de gênero

Heleieth Saffioti, já citada neste capítulo, é uma socióloga feminista que muito contribuiu no campo dos estudos de gênero no Brasil, quando já debatia, na década de 1960, o fenômeno da dominação/exploração em nossa sociedade. Para compreendê-lo desenvolveu a teoria do

nó,⁹ segundo a qual três subestruturas – gênero, raça/etnia e classe – se entrelaçariam em forma de nó, em uma estrutura de poder unificada, construindo realidades concretas. Seria, porém, um nó frouxo, à medida que há mobilidade nas subestruturas, combinadas de diversas formas entre si e com outros componentes (Saffioti, 2015). A autora utiliza essa ferramenta para pensar a violência de gênero, temática bastante estudada por ela: “Se é verdade que a ordem patriarcal de gênero não opera sozinha, é também verdade que ela constitui o caldo de cultura no qual tem lugar a violência de gênero, a argamassa que edifica desigualdades várias, inclusive entre homens e mulheres” (Saffioti, 2001, p. 133).

A violência de gênero abrange a violência contra mulheres, crianças e adolescentes. No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar as condutas, principalmente das mulheres, e de punir em caso de desvio (Saffioti, 2001). Diante do projeto de dominação-exploração masculina, a violência também se torna uma forma de garantir a obediência: “Eis porque a violência não apenas existe, mas se torna absolutamente necessária para assegurar o bem-estar de alguns em detrimento do sofrimento de milhões” (Saffioti, 2003, p. 37).

A violência não é um ato exclusivo dos homens, visto que uma mulher pode agredir seu companheiro, mas o que as mulheres não têm é um projeto de dominação-exploração dos homens e isso faz toda diferença (Saffioti, 2001). Assim, a violência de gênero pode ser perpetrada por um homem contra outro e por uma mulher contra outra, mas a violência de gênero que está enraizada em nossa cultura é a dos homens contra as mulheres (Saffioti, 1999).

No contexto global, a *United Nations Office on Drugs and Crime* (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) em conjunto com a *ON Women – ONU Mulheres* (Unodc, 2023)

⁹ A metáfora do nó de Saffioti dialoga com o conceito de interseccionalidade nomeado por Crenshaw, apesar de diferenças enquanto método de análise da realidade (Táboas, 2021).

divulgaram que no ano de 2022, aproximadamente, 89 mil mulheres e meninas foram mortas intencionalmente, um número recorde nas últimas duas décadas. Dentre essas mulheres e meninas mortas, há uma estimativa de que 48 mil foram assassinadas por parentes e membros da família. Na contramão dos homicídios da população em geral que começaram a diminuir no ano de 2022, a taxa de feminicídios não teve alteração.

De acordo com a quarta edição da pesquisa “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil” do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023a), vivemos uma epidemia de violência contra as mulheres. Todas as formas de violência feminina apresentaram crescimento acentuado no ano de 2022, com destaque para as formas de violência grave – episódios de perseguição, agressões como tapas, socos e chutes, ameaça com faca ou arma de fogo e espancamento. Os números brasileiros são alarmantes, dentre eles: em 2022, cerca de 18,6 milhões de mulheres de 16 anos ou mais sofreram alguma forma de violência, quase 60 mil mulheres sofreram violência diariamente no mesmo ano e, em comparação com o contexto global, o Brasil apresenta prevalência superior de violência por parceiro íntimo (FBSP, 2023a).

Ao considerar outros marcadores sociais, deparamo-nos com um contexto ainda mais alarmante para uma parcela da população. Em relação ao poder econômico, identificou-se que quanto maior a renda familiar, menor a prevalência de violência, nessa estatística não houve discriminação do perpetrador da agressão. Quando se trata de violência física severa, como espancamento e uso de arma de fogo, as mulheres negras sofrem mais violência do que as brancas. E, ao afunilar para as violências físicas perpetradas por parceiros íntimos, as mulheres mais vulneráveis são as de baixa escolaridade, pretas e pardas e mulheres com filhos (FBSP, 2023a). De forma geral, as mulheres mais expostas às violências no Brasil “são as mulheres negras, de baixa escolaridade e em idade reprodutiva” (FBSP, 2023a, p. 47), os fatores de risco identificados como violência são: tanto o rompimento de relacionamentos amorosos, quanto o fato de terem filhos. Nessa perspectiva, a maternidade pode significar uma sobrecarga para as

mulheres (Pereira, 2020), além do fato de que não conseguir exercer plenamente a maternidade (Campos & Zanello, 2017b) e, ainda, a própria desvalorização da função do cuidado em nossa cultura vulnerabilizam as mães (Zanello, 2018). De fato, a maternidade pode interferir na vida das mulheres de diversas maneiras, tornando as mulheres-mães mais vulneráveis, cada qual a depender de seu contexto.

Apesar da criminalização da violência contra a mulher, estabelecida pela Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) – legislação multidisciplinar, integral e eficiente na proteção de vítimas – o Brasil continua sendo um país inseguro para mulheres, os principais agressores são seus companheiros e ex-companheiros, a residência é o principal palco da violência, até mesmo a forma mais grave de violação: o feminicídio¹⁰ (FBSP, 2023a).

O 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, publicado também em 2023, reafirma que houve crescimento significativo de todas as modalidades criminais, desde assédio, até estupro e feminicídio. No ano de 2022, 1437 mulheres foram mortas em razão de seu gênero, o que significa um aumento de casos de feminicídio em 6,1% em relação ao ano de 2021. Entre as vítimas, 61,1% foram mulheres negras e 38,4% brancas. Nos demais homicídios de mulheres – excluindo aqui os feminicídios –, o percentual de vítimas negras é ainda maior, com 68,9% dos casos, para 30,4% de mulheres brancas (FBSP, 2023b). Essa desigualdade de condições de letalidade entre mulheres negras e não negras revela os efeitos da intersecção do racismo com os valores patriarcais (Cerqueira & Bueno, 2023).

Refletindo sobre o aumento da violência de gênero contra as mulheres nos últimos anos, o Atlas da Violência 2023 (Cerqueira & Bueno, 2023) aponta três hipóteses: a redução de orçamento federal para as políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, o

¹⁰ Feminicídio refere-se ao assassinato de uma mulher por sua condição de ser mulher ou identificação com o sexo feminino, ou seja, morte violenta de mulheres por motivos de gênero (Caicedo-Roa, Bandeira & Cordeiro, 2022). No Brasil, o feminicídio tornou-se um caso particular de homicídio apenas em 2015, com a Lei 13.104/2015 (Brasil, 2015).

aumento do conservadorismo no país reforçando os valores patriarcais, e o contexto da pandemia de Covid-19 que resultou na intensificação da convivência doméstica e na dificuldade de acesso aos serviços de proteção às mulheres. Além desses fatores, a queda do poder aquisitivo das mulheres, que estavam gradualmente conquistando mais autonomia financeira, em conjunto com o aumento dos divórcios contribuiu para instigar a violência de gênero (Cerqueira & Bueno, 2023).

Aventa-se a possibilidade de que o crescimento da violência também decorra da ampliação do debate de gênero e da resistência feminina em prol dos direitos das mulheres. Assim, como já dissemos, a brutalidade teria a função de reestabelecer a superioridade masculina (FBSP, 2023b), assim resgatando a ordem patriarcal histórica.

É inegável que sofrer violência, seja psicológica, física ou sexual desencadeia intenso sofrimento nas mulheres. Inúmeros estudos mostram a relação estreita entre a violência de gênero e o adoecimento psíquico. Oram et al. (2017) analisam que mulheres que sofrem violência, especialmente a violência por parceiro íntimo e violência sexual, são propensas a desenvolverem problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-traumático e ideação suicida. Nesse mesmo sentido, Andrade e Martins (2023) identificam desde prejuízos no cotidiano de mulheres vítimas de violência até o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Além disso, Khalifeh et al. (2015) concluem que mulheres com transtornos mentais severos são mais propensas a sofrer violência doméstica e sexual do que outras mulheres.

Em contrapartida, o diagnóstico psiquiátrico pode invisibilizar a violência de gênero, ao tratar o sofrimento como fruto de uma patologia individual (Campos & Zanello, 2017a). Ao desconsiderar a violência como um fator configurador dos transtornos mentais, os serviços de saúde mental acabam contribuindo para a invisibilização do sofrimento, que é socialmente engendrado, intensificando-o ainda mais (Campos et al., 2017).

Não há dúvida de que a problemática da violência de gênero contra as mulheres deveria receber muito mais investimento, em termos de políticas públicas que trabalhassem na prevenção à violência (Silverio, 2021; Unodc, 2023). Também os serviços de saúde mental, caso estivessem aparelhados para isso, poderiam exercer um papel importante na identificação e na melhoria da saúde das vítimas e no reconhecimento de agressores, tratando-os para prevenir atos violentos futuros (Oram et al., 2017). A seguir, debruçaremos-nos sobre o modelo de atendimento oferecido pelos serviços de saúde mental no contexto brasileiro.

Assistência pública à saúde mental no Brasil

Para contextualizar a assistência à saúde mental tal como se organiza hoje no Brasil, faremos um breve resgate histórico. No século XVIII, surgiram os primeiros hospitais destinados aos cuidados dos então chamados alienados, tal como foi proposto pelo médico francês Philippe Pinel que foi considerado o pai da psiquiatria. A alienação mental era considerada um distúrbio no âmbito das paixões, que produzia desarmonia mental e impossibilitava que o indivíduo percebesse a realidade. Associou-se à essa compreensão a ideia de que os alienados eram perigosos, o que desencadeou medo e preconceito na sociedade e fomentou o modelo de cuidado proposto (Amarante, 2011).

Como os alienados eram compreendidos como despossuídos de razão, acreditava-se que precisavam de um tratamento moral que reeducasse a mente a fim de os reconectar com a realidade. Para atingir esse propósito, o tratamento asilar, em que os alienados ficavam sob regime de completo isolamento social passou a ser visto como única solução. Desse modo, o Brasil importou a compreensão da loucura enquanto alienação mental, aderindo à lógica manicomial, inaugurando o primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Pedro II, em 1852 no Rio

de Janeiro. O modelo asilar brasileiro tomou grandes proporções, foi a Colônia de Juquery¹¹ (São Paulo) um dos maiores hospitais psiquiátricos do país, chegando a ter 16 mil pessoas internadas nas décadas de 1960 e 1970 (Amarante, 2011).

Apenas após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) – momento em que emergiram reflexões sobre a natureza humana, a crueldade e a solidariedade – a sociedade europeia dirigiu olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos em nada diferiam das condições dos campos de concentração, “o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana” (Amarante, 2011, p. 40). Dessa percepção nasceram as primeiras experiências de reforma psiquiátrica, que só mais tarde encontrariam expressão no território brasileiro.

A Reforma Psiquiátrica, como processo complexo e multifacetado, iniciou-se com o objetivo de lutar pelos direitos humanos das vítimas de violência psiquiátrica, bem como para construir um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental (Onocko & Sousa Campos, 2022). No contexto brasileiro, a Reforma Psiquiátrica teve início na década de 1970, com grande influência da experiência italiana – conhecida como psiquiatria democrática de Franco Basaglia – cuja orientação político-social destaca a importância da oferta de cuidado em rede territorial e comunitária, acarretando o fechamento dos manicômios (Amarante, 1996).

Um dos marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que foi realizado em 1987 e promoveu duas mudanças transformadoras. A primeira delas foi ter deixado de ser um coletivo de trabalhadores da saúde mental para se tornar um coletivo de pacientes, familiares e ativistas dos direitos humanos. Em segundo lugar, o objetivo do movimento que estava anteriormente voltado à melhoria dos

¹¹ O Hospital psiquiátrico de Juquery encerrou as internações permanentemente em abril de 2021, quando os últimos pacientes foram resgatados e encaminhados para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de acordo com Santiago e Menezes (2021).

serviços de saúde e à luta contra a violação dos direitos, transformou-se na luta pela extinção das instituições asilares. Este marco ficou conhecido pelo lema “Nenhum passo atrás, manicômio nunca mais” e deu origem ao chamado Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), coletivo com forte presença na saúde mental brasileira (Amarante & Nunes, 2018). O manifesto redigido nesse evento, ocorrido na cidade de Bauru (SP) ficou conhecido como a “Carta de Bauru” e explicita como o combate às opressões é intrínseco à luta por direitos humanos:

O manicômio é expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (Bauru, Manifesto de Bauru, 1987, p. 1)

Ao longo do tempo, a desconstrução do modelo hospitalocêntrico impulsionou a proposição de novas alternativas de intervenção, menos restritivas. Nesse sentido, a internação não deixou de ser uma possibilidade terapêutica, mas perdeu a centralidade no tratamento (Chagas et al., 2023).

Como todo processo de transformação social, existem muitos desafios e vale destacar alguns pontos que permitem compreender a complexidade desse processo. Apesar do movimento da reforma ter envolvido diversos fatores, ela foi construída como política pública de saúde, não como um projeto da sociedade, razão pela qual as transformações não foram incorporadas pela sociedade civil e ocorreram com mais afinco nos grandes centros urbanos (Onocko-Campos, 2019). Podemos concluir que, a despeito da reforma, mantém-se ainda hoje a discriminação e a exclusão de pessoas com transtorno mental.

Outra questão a ser reconhecida é que tanto a Reforma Psiquiátrica Brasileira como a Luta Antimanicomial envolveram e envolvem predominantemente mulheres, tanto em relação

às ativistas, como familiares dos pacientes e cuidadoras nos serviços de saúde mental (Pereira, 2020). Apesar disso, a interface dos cuidados em saúde mental com a temática da mulher e do feminismo foram pouco discutidas no processo da Reforma (Amarante, 2020).

A partir de um olhar crítico, Passos (2018) salienta outro ponto crucial: o modelo manicomial promove a naturalização da violência institucional, especialmente dos corpos negros. O afastamento do debate étnico-racial e do colonialismo eurocêntrico no campo da saúde mental reafirma a negação dos efeitos do racismo na constituição da subjetividade dos negros e negras brasileiros e, portanto, em sua saúde mental. Além disso, a autora alerta que existem outras estratégias punitivas e de controle social fora dos hospitais psiquiátricos que perpetuam a mesma lógica nos serviços atuais. Logo, o fechamento dos manicômios não garante que haja uma real mudança no modelo de assistência às pessoas em sofrimento mental.

Passos (2018) constata que Franco Basaglia, autor que inspirou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, citou Frantz Fanon¹² em seu livro *A instituição Negada*, enaltecendo-o por sua postura revolucionária no hospital psiquiátrico em que trabalhava, enquanto na Reforma brasileira não há qualquer menção a Fanon, o que descortina o racismo estrutural de nosso país. Passos (2018) denuncia que, em busca de avançar na Luta Antimanicomial, faz-se necessário reconstruir a história com uma leitura crítica, reconhecendo a realidade brasileira:

Se for para nos inspirarmos que possamos ampliar a nossa lente e identificarmos que os hospitais psiquiátricos no Brasil são um grande reflexo dos navios negreiros, lugar esse

¹² Frantz Omar Fanon (1925-1961) foi um médico psiquiatra martinicano que teve uma atuação política de extrema relevância tanto no combate ao colonialismo, quanto à desumanização dos hospícios. No Brasil, Fanon tornou-se conhecido no contexto dos debates sobre o racismo, mas não por suas valiosas contribuições para a saúde mental (Passos, 2018). Data de 2020 o lançamento do livro “Alienação e liberdade”, com os Escritos Psiquiátricos de Fanon.

que muitos morreram no anonimato, sem dignidade e impedidos de manifestarem sua existência. (Passos, 2018, p. 19)

Em outro texto, a mesma autora complementa que o apagamento de Fanon na Reforma Psiquiátrica Brasileira tem suas raízes no mito da democracia racial. Conforme afirma Passos (2019), o racismo é a base da autorização do extermínio da população negra e faz parte do processo de psiquiatrização e medicalização dos negros. David e Vicentin (2020) alertam que “não haverá Reforma Psiquiátrica plena enquanto a Luta Antimanicomial não compuser a luta antirracista interseccionada a outras lutas” (p. 273), ou seja, o avanço da reforma depende da desinstitucionalização de diversas opressões sociais, especialmente o racismo, o sexismo e o classismo.

Destacados esses pontos de contradição que devem compor um olhar crítico, prosseguiremos com o funcionamento dos serviços de saúde mental. Um dos marcos do estabelecimento dos serviços públicos no Brasil foi a Lei nº10.216 de 2001 (Brasil, 2001) que firma juridicamente o redirecionamento da rede de assistência à saúde de pessoas portadoras de transtornos mentais, visando garantir os direitos humanos. As diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, em sintonia com a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), adotam um modelo de atenção aberto e territorial, composto por diversos equipamentos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral, dentre outros (Brasil, 2013).

Diante da necessidade de ampliar e articular os serviços públicos de saúde mental foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da Portaria 3.088/2011 (Brasil, 2011). Considerando que a RAPS se firma a partir da lógica territorial, em que os equipamentos se responsabilizam por uma área específica de abrangência e do incentivo à autonomia, cabe lembrar que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria 336 de

2002 (Brasil, 2002), oferecem atenção intensiva e diária a pessoas com transtornos mentais graves. Imerso na realidade social do público que atende, os CAPS atuam pela transformação social à medida que conhecer o território em que estão inseridos possibilita um atendimento adequado às demandas específicas de cada população (Chagas et al., 2023).

Em conjunto com a equipe interdisciplinar, o usuário e seus familiares participam do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular, que consiste numa proposta de acompanhamento personalizado, segundo as necessidades de cada pessoa, a partir do modelo de reabilitação psicossocial (Pinto et al., 2011). Evitando práticas segregacionistas, sobre as quais se funda o tratamento de acordo com o modelo manicomial, os serviços atuais procuram promover a (re)inserção social dos usuários, ampliando sua circulação e rede de relacionamentos, mediante a utilização de dispositivos de cuidado como acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilização, em busca da construção do diálogo próximo e atento às pessoas em tratamento. A corresponsabilização é um importante dispositivo que preza pela parceria entre aqueles envolvidos no tratamento do usuário do serviço de saúde mental – profissionais, familiares e os próprios pacientes –, levando em consideração a opinião e as possibilidades de todos no intuito de construir conjuntamente o Projeto Terapêutico Singular (Jorge et al., 2011).

Os CAPS estão organizados em diferentes modalidades de acordo com o tamanho da população e com as demandas de assistência. Os CAPS I, para municípios acima de 20 mil habitantes, atendem pessoas com transtornos mentais graves e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas em todas as faixas etárias. Os CAPS II atendem a mesma população, porém são indicados para municípios com mais de 70 mil habitantes. Já os CAPS III atendem pessoas com transtornos mentais graves, maiores de 18 anos de idade, e oferecem atenção contínua e retaguarda noturna, funcionando 24 horas/dia e são indicados para municípios com mais de 200 mil habitantes. Existem também os CAPS Álcool e outras Drogas

(CAPSad) e os CAPS Infante Juvenil (CAPSij). Os CAPSad atendem pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e são indicados para municípios acima de 70 mil habitantes. E por fim, os CAPSij são responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, bem como os associados ao uso de substâncias psicoativas, sendo indicados para municípios com mais de 150 mil habitantes (Brasil, 2011).

Considerando as pessoas que mais adoecem, a OMS (2022) destaca que os indivíduos mais pobres e menos favorecidos têm maior risco de problemas de saúde mental, além de serem menos propensos a receber assistência adequada. No contexto brasileiro, as pessoas que frequentam os CAPS geralmente apresentam baixos níveis de renda e escolaridade, vivendo em uma condição de precariedade (econômica, conjugal, familiar e de trabalho) e exclusão social (Campos et al., 2017).

A partir de uma revisão integrativa, Pessoa e Soares (2023) apontam como o contexto de vida está diretamente relacionado ao processo saúde-doença. Dentre as condições de vulnerabilidade social estão os altos índices de violência, condições precárias de habitação e saneamento, uso de substâncias psicoativas e falta de acesso ao lazer. Os autores identificam como barreiras para o acesso aos serviços de saúde o baixo nível educacional que acaba por perpetuar o ciclo da pobreza, a falta de consideração das demandas sociais enquanto indissociáveis das condições de saúde, e as estratégias terapêuticas dissociadas da realidade dos territórios. Os autores destacam a importância de reconhecer as necessidades específicas de cada território a fim de ofertar cuidados adequados, principalmente às populações marginalizadas e vulneráveis.

Diante do cenário acima esboçado e que se constitui ao longo de caminhos que se interseccionam segundo categorias de gênero, raça e classe, dentre outras, como a saúde mental, violência e a maternidade que vulnerabilizam mulheres brasileiras, interessou-nos compreender

como as mulheres atendidas no CAPS III – representantes de pessoas no topo das discriminações sociais – experienciam o processo de adoecimento mental em suas vidas.

Salientamos a relevância científica e social do presente estudo com base em alguns pontos. Primeiro, porque consideramos o expressivo aumento de violência de gênero contra as mulheres em nosso país e sua estreita relação com o adoecimento psíquico feminino, como vimos anteriormente. Segundo, porque reconhecemos que, em nossa cultura, as mulheres sofrem opressões diversas, que podem se cruzar com outras formas de opressão dependendo das características identitárias. Terceiro, porque subscrevemos a necessidade de desenvolvimento de uma perspectiva de gênero crítica e interseccional para refletir sobre a saúde mental das mulheres (Caponi et al., 2023; Laboratório Think Olga, 2023; Zanello, 2014a), de forma que permita uma compreensão mais aprofundada e o desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais efetivas nos tratamentos ofertados.

Quanto à escuta gendrada, salientamos a importância de ouvir o que as mulheres têm a dizer, conforme apontado por diferentes autores. Pereira e Amarante (2017) pontuam que a base de um processo de cultura antimanicomial, que supere o campo médico e alcance outros saberes e práticas, depende da valorização da história contada pelas próprias mulheres. Já Silverio (2021) evidencia a necessidade do desenvolvimento de novas políticas públicas fundamentadas nas narrativas das próprias mulheres, rompendo com as visões hegemônicas e masculinas da saúde mental. Caponi et al. (2023) defendem a urgência de escutar as próprias mulheres para compreender seus sofrimentos, conforme expõem:

Muestra también el silenciamiento impuesto a las pacientes y el poco lugar dado por los psiquiatras, y por el personal de salud en general, a las narrativas de estas pacientes, a

sus historias de vida, relatos que permitirían entender los reales motivos del sufrimiento que ellas padecen. (p. 3)¹³

Considerando a relevância de estudos que, enfocando a relação de gênero e saúde mental, dão voz às próprias mulheres, concordamos com Pereira (2020) ao denunciar: “fica destacada a urgência de respostas mais complexas e que considerem as realidades e subjetividades de mulheres com rosto, cor, gênero, história de vida” (p. 90). Ademais, Saffioti (1997) adverte que considerar uma pessoa como universal parte, necessariamente, de uma abstração: “a história das pessoas consiste na história de suas relações sociais” (p. 63). Dessa forma, Saffioti alerta contra os riscos de concepções universalizantes e parte da premissa, com a qual concordamos, de que toda realidade humana é relacional.

Isto posto, lançamo-nos à tarefa de compreender como mulheres em tratamento em um CAPS III integram o processo de adoecimento mental em suas vidas. Interessa-nos, nesta pesquisa, afinar nossa escuta para a perspectiva segundo a qual as próprias participantes encontram sentido para o que viveram em seus percursos pessoais.

¹³ Mostra também o silenciamento imposto aos pacientes e o pouco espaço dado pelos psiquiatras, e pelo pessoal de saúde em geral, às narrativas desses pacientes, às suas histórias de vida, histórias que permitiriam compreender os reais motivos do seu sofrimento. (tradução livre)

Capítulo 2. Estratégias Metodológicas

“O sujeito humano só se mantém vivo e capaz de trabalhar e amar se puder se constituir e se reconstituir como feixe de sentidos em constante mutação, se puder narrar a sua vida a alguém que o escuta”
(Naffat Neto & Cintra, 2012, p. 47).

Considerando que este estudo se configura como pesquisa psicanalítica e tem como objetivo investigar a experiência emocional de mulheres em tratamento em um CAPS III sobre o processo de adoecimento mental, na perspectiva das próprias participantes, este capítulo tem a finalidade de apresentar o uso do método psicanalítico na pesquisa qualitativa. Discorrerá sobre os conceitos fundamentais da psicologia psicanalítica concreta e o enquadre por meio dos quais operacionalizamos o método em nosso grupo de pesquisa. Assim sendo, será dividido em sete seções, apresentadas a seguir: 1) Pesquisa qualitativa com método psicanalítico; 2) Conceitos fundamentais; 3) Entrevista Transicional e o uso do Procedimento de Desenho-Estória com Tema (PDE-Tema); 4) Delineando as Entrevistas Transicionais; 5) As mulheres participantes; 6) Procedimento de registro e de interpretação do material de pesquisa e 7) Ética na pesquisa qualitativa com pessoas vulnerabilizadas.

Pesquisa Qualitativa com Método Psicanalítico

Escolhemos trabalhar com pesquisa qualitativa por valorizarmos a produção de conhecimento compreensivo. Apesar da pesquisa quantitativa manter-se hegemônica, muitos estudiosos das ciências humanas perceberam um descompasso entre a metodologia quantitativa e as características dos fenômenos que pretendiam estudar. Atualmente, muitos pesquisadores

entendem, baseados em suas experiências e no desenvolvimento dos métodos qualitativos, que não se sustenta mais a ideia de que somente o positivismo pode gerar saber confiável (Flick, 2018; Guba & Lincoln, 1994; Turato, 2011).

Assim, a abordagem qualitativa surgiu como alternativa ao uso do positivismo no campo das ciências humanas, buscando dar conta da complexidade dos fenômenos dessa área de produção de conhecimento (Dickson-Swift et al., 2007; Stake, 2011; Yin, 2016). Existe uma considerável convergência em admitir que os métodos qualitativos revelar-se-iam mais apropriados quando prevalecem interesses pela compreensão dos sentidos de fenômenos humanos, ou seja, as abordagens qualitativas têm se mostrado úteis em compreender tanto as nuances quanto a profundidade das experiências humanas e assuntos cujos métodos quantitativos não são sensíveis o suficiente para captar (Silverio et al., 2022). Da mesma forma que em alguns tipos de pesquisa e diante de certos objetivos investigativos que consistem no estabelecimento de correlações entre fenômenos torna-se indicada a adoção de métodos quantitativos (Denzin & Lincoln, 1994).

Guba e Lincoln (1994) consideram que o conjunto de crenças básicas sobre como se pode produzir conhecimento constitui o que denominam paradigmas epistemológicos que, evidentemente, estão ligados a concepções ontológicas como a própria realidade. Em nosso grupo, adotamos o paradigma epistemológico crítico, o qual pressupõe que a correta compreensão dos fenômenos humanos passa pela admissão de que, mesmo sendo produzida pelos seres humanos, a realidade social existe objetivamente. Em outros termos, se o crítico admite que a realidade humana seja construída intersubjetivamente, não deixa de assumir que as práticas concretas geram efeitos que se objetivam de modo relativamente autônomo tornando-se socialmente determinadas (Almeida, 2019).

Nessa perspectiva, a produção do conhecimento depende da interação entre o pesquisador e o pesquisado, de forma que tem, necessariamente, caráter intersubjetivo,

reverberando em ambos (Minayo, 2021). A pesquisa se constitui em uma troca de saberes, a partir de encontros intersubjetivos entre pesquisador e participante, o que apresenta grande afinidade com a concepção dialética que adotamos, devido à valorização da capacidade humana de transformação da realidade (Bleger, 1963/2007). Em outras palavras, a subjetividade do pesquisador impacta em sua compreensão do fenômeno, o que exige do pesquisador qualitativo uma postura implicada, que se opõe à neutralidade recomendada em métodos quantitativos (Skate, 2011). Além da postura implicada, que Dockhorn e Macedo (2015, p. 530) definem como “deixar-se surpreender pelo que aparece no transcorrer do estudo”, faz-se necessária a capacidade de reflexividade em todo o processo das pesquisas qualitativas.

Assim sendo, assentadas no paradigma crítico, utilizamos a psicanálise para realizar pesquisas qualitativas que incidem sobre efeitos subjetivos daquilo que é socialmente dado. Usualmente, a psicanálise é reconhecida como uma prática clínica e uma teoria psicológica, porém consiste, conforme esclarece Herrmann (1979/2001), primariamente, em um método de investigação sobre processos afetivos e emocionais, cujo intuito gira em torno de produzir sentidos sobre atos humanos. Considerando a definição formalizada por Laplanche e Pontalis (1992), a psicanálise é uma:

Disciplina fundada por Freud e na qual podemos, com ele, distinguir três níveis: A) Um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasmas, delírios) de um sujeito. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do sujeito, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais não se dispõe de associações livres. B) Um método psicoterápico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. O emprego da psicanálise como sinônimo de tratamento psicanalítico está ligado a este sentido;

exemplo: começar uma psicanálise (ou uma análise). C) Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e de tratamento. (pp. 384-385).

Deste modo, concordamos com Herrmann (1979/2001) no reconhecimento de que o registro metodológico é anterior à teoria e a técnica de tratamento psicanalíticas, na medida em que ambas derivam do uso do método. Depois de Freud ter inaugurado a psicanálise, enquanto um método eficaz de investigação da psique humana, surgiram muitas escolas e diferentes técnicas, permanecendo o método inalterado (Herrmann, 1979/2001). Desde os primórdios, “a psicanálise modifica teoria e técnica em função da experiência” (Fonteles et al., 2018, p. 141), ou seja, conforme afirma Freud (1913/2010), a psicanálise apresenta-se inacabada enquanto teoria, transformando-se a partir da pesquisa e da prática clínica diante de sua concepção essencial de abertura ao novo.

Fortes e Macedo (2018) identificam os pilares do método psicanalítico – a singularidade da escuta, a noção de inconsciente e a transferência, sendo, portanto, os pilares tanto para a técnica de tratamento psicanalítico quanto para a produção de conhecimento acadêmico. No caso das pesquisas empíricas, a escuta se concretiza através da associação livre de ideias e da atenção flutuante, que é definida como um estado de receptividade às palavras do entrevistado e as reverberações que o encontro provoca no pesquisador (Naffah Neto & Cintra, 2012).

Dado que o inconsciente e seus modos de expressão – a transferência e a associação livre – são fenômenos universais, isto é, que não ocorrem exclusivamente na prática clínica, Dockhorn e Macedo (2015) defendem a realização de pesquisas acadêmicas com uso do método psicanalítico. Em concordância, Almeida e Naffah Neto (2020) enfatizam a importância da pesquisa acadêmica como forma de divulgar e expandir a psicanálise, além de promover interlocuções com outras áreas de conhecimento.

Apesar dessa notável relevância, a psicanálise enfrenta desafios no campo acadêmico. Um dos pontos a se destacar é que essa lida com processos únicos e singulares, não mensuráveis (Naffah Neto, 2006). Tendo em vista que a psicanálise não é passível de repetição, por não ser uma ciência experimental, Naffah Neto e Cintra (2012) a definem como uma ciência do singular, na medida em que um acontecimento não se produz nunca mais da mesma forma, tornando a pesquisa psicanalítica distante das ciências naturais e exatas.

Nesta mesma linha, o pesquisador é indissociável do material de pesquisa (Lo Bianco, 2003), sendo as interpretações psicanalíticas sempre uma perspectiva para pensar o fenômeno, de modo que a mudança de pesquisador certamente implicará novas interpretações, fruto de outras perspectivas. O compromisso do pesquisador em produzir conhecimentos compreensivos parte de um entendimento de que a realidade não é totalmente apreensível (Minayo, 2021), logo, a pesquisa psicanalítica tem como objetivo ampliar o conhecimento, mas nunca esgotá-lo (Dockhorn & Macedo, 2015).

Considerando que o termo psicanálise cobre uma diversidade muito grande de perspectivas teóricas, cumpre, portanto, declarar que partimos da perspectiva tanto da psicanálise winnicottiana, quanto da psicologia concreta do psicanalista argentino Jose Bleger (1963/2007). Ambas se inserem no que Greenberg e Mitchell (1994) nomeiam como modelo relacional da psicanálise. Tal modelo parte da premissa de que o ser humano se constitui por meio da inserção em uma rede vincular intersubjetiva, o que coincide com a recusa radical de uma visão individualizante sobre os fenômenos humanos. Difere, portanto, do modelo pulsional, baseado principalmente na teorização freudiana metapsicológica, que pensa o indivíduo como organismo e a experiência vivida como resultado do processamento de um aparelho intrapsíquico.

A vertente psicanalítica relacional vem se consagrando, contemporaneamente, de modo bastante significativo (Kuchuck, 2021; Liberman, 2014; Sassenfeld, 2018). Na América Latina,

Bleger (1963/2007), mantendo-se fiel ao materialismo dialético, antecipa-se às escolas relacionais americanas (Lieberman, 2014), propondo que todas as teorizações se façam de modo dramático-vincular. As perspectivas relacionais podem se limitar a considerar os fenômenos no âmbito familiar ou incluir a consideração dos contextos macrossociais, que se alinham, no mundo contemporâneo, com o sistema capitalista. A psicologia concreta blegeriana, por adotar uma epistemologia dialético-marxista (Bleger, 1963/2007), baseia-se no contexto macrossocial no qual ocorrem as interações entre personalidades individuais e coletivas. Essa vertente está em consonância com a visão feminista crítica e interseccional (Collins, 2019; McCall, 2005; Nogueira, 2017), com a qual concordamos, que considera como os diferentes marcadores sociais, tais como gênero, raça, classe, nacionalidade etc., operam na produção de determinadas condições sociais e o sofrimento que lhe é consequente. Tal perspectiva apresenta-se como ferramenta fundamental para nosso entendimento de que as experiências vividas resultam do cruzamento das múltiplas condições de vida, que vistas a partir das matrizes de dominação complexificam sua compreensão.

Conceitos Fundamentais

Buscando esclarecer os norteadores epistemológicos que sustentam a presente pesquisa, apresentaremos os conceitos de conduta, campo de sentido afetivo-emocional e experiência emocional. Lembramos que o conceito de conduta foi proposto por Bleger (1963/2007), a partir da crítica de Politzer (1928/2004) à psicanálise. Bleger (1963/2007) defende que há apenas um objeto de estudo para todas as ciências humanas: o ser humano. Ainda que cada ciência dê ênfase a um aspecto, todas se dedicam a refletir sobre o ser humano. Pensando na psicologia, esse autor não acredita que essa consista no estudo da mente ou da alma, tampouco da consciência, mas que teria, a seu ver, que se dispor a compreender seres humanos reais e

concretos, em termos de drama. A vida que lhe interessa é a das interações, das relações e da experiência vivida.

A partir das interrogações de Politzer (1928/2004) à psicanálise e da orientação marxista, Bleger (1963/2007) propõe a psicologia concreta, uma psicologia mais encarnada no viver. Essa vertente psicanalítica, que se inscreve sob o paradigma relacional (Greenberg & Mitchell, 1994), parte da postulação freudiana de acordo com a qual todos os atos humanos estão dotados de sentidos, e assim pertencem ao acontecer humano, mesmo quando apresentam feições aparentemente estranhas e desconcertantes. Seguem, portanto, uma perspectiva que implodiu com a ideia, defendida pela psiquiatria clássica, de que haveria limites para a compreensibilidade das condutas, vale dizer, que algumas condutas seriam imotivadas e inexplicáveis (Aiello-Vaisberg, 1999).

Consideramos importante salientar que, adotando uma visão blegeriana do ser humano como fundamentalmente social, não podemos deixar de defender que, em sentido amplo e profundo, como pesquisadoras interessadas no fenômeno do sofrimento emocional, todo padecimento seria social (Bleger, 1963/2007). Ao reconhecer que há uma permanente e estreita relação entre indivíduo e sociedade, acreditamos que só é possível entender um considerando o outro. Em concordância com Bleger (1963/2007), compreendemos que perdem vigor as investigações que isolam o ser humano ou tratam de forma natural ou abstrata suas manifestações, sem conexão com as relações e com o contexto social. Diante destes pressupostos básicos da psicologia concreta, iremos discorrer sobre os conceitos que embasam nossa pesquisa.

O conceito blegeriano de conduta surgiu a partir da ideia de drama de Politzer (1928/2004) para englobar toda e qualquer manifestação humana produzida individual ou coletivamente, cujo caráter é sempre vincular. Trata-se de um termo que equivale ao de ato, que já era usado na psicanálise para designar tanto os atos psíquicos quanto as ações propriamente

ditas. A preferência blegeriana pelo termo conduta, que substitui a noção politzeriana de drama, deu-se sob influência de Daniel Lagache (1948/1986), autor que entendia como bem-vinda a unificação da psicologia, com vistas à criação de uma nova cátedra universitária, que assumiria no ano seguinte na Sorbonne. Igualmente interessado na implantação de nova cátedra, bem como na constituição de uma nova profissão, Bleger (1963/2007) aderiu ao uso do novo termo, que integrava discursos psicanalíticos e nunca assumiu, sob a pena desses dois autores, o significado do conceito americano de *behavior*. Afirmar Bleger (1963/2007, p. 26):

Trabajar en psicología con el concepto de conducta es una especie de retorno a “los hechos mismos”, en la medida en que esto es factible en cualquier ciencia; este atenerse a los hechos, tal cual se dan y tal como existen, permite confrontación de observaciones, verificación de teorías y comprensión unitaria de aportaciones ubicadas en distintos contextos o encuadres teóricos. Nuestro estudio de la conducta se hace en función de la personalidad y del inseparable contexto social, del cual el ser humano es siempre integrante; estudiamos la conducta en calidad de proceso y no como “cosa”, es decir dinámicamente.¹⁴

Já o conceito de campo de sentido afetivo-emocional, cunhado por Aiello-Vaisberg e Granato (Granato et al., 2011), a partir das leituras de Bleger, Politzer e Herrmann, norteia nossas pesquisas. Refere-se ao inconsciente vigente no campo da psicologia psicanalítica concreta que, evidentemente, não corresponde a uma instância psíquica individual, conforme a perspectiva pulsional e metapsicológica. Trata-se, portanto, de um inconsciente intersubjetivo. Assim, produzir interpretativamente campos de sentido afetivo-emocional, que se constelam na

¹⁴ Trabalhar em psicologia o conceito de comportamento é uma espécie de retorno aos “próprios fatos”, na medida em que isso é viável em qualquer ciência; esta adesão aos fatos, tal como ocorrem e tal como existem, permite o confronto de observações, a verificação de teorias e a compreensão unitária de contribuições localizadas em diferentes contextos ou referenciais teóricos. Nosso estudo do comportamento é feito com base na personalidade e no contexto social indissociável, do qual o ser humano é sempre membro; estudamos o comportamento como um processo e não como uma “coisa”, ou seja, de forma dinâmica. (tradução livre)

realidade social, permite a produção de conhecimento compreensivo. Portanto, pensando o inconsciente em termos não substanciais, Bleger (1963/2007) adverte contra a ideia de que o mental, consciente ou inconsciente, seria a causa da conduta, para entender que as condutas humanas emergem de campos vinculares e, portanto, não brotam a partir de um solo meramente intrapsíquico.

De acordo com a psicologia psicanalítica concreta, o conhecimento se dá a partir da compreensão de experiências, destacando a dimensão emocional e as condições concretas da vida social, que se obtém por meio da produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Considerando que o campo se constela no encontro do pesquisador com o fenômeno pesquisado, devemos ponderar que ao mesmo tempo em que os campos não apenas já existem objetivamente e fazem parte da dramática humana, também podem ser criados/encontrados, segundo uma lógica paradoxal, à medida que nos debruçamos sobre o fenômeno. Os resultados interpretativos, chamados em nossas pesquisas de campos de sentido afetivo-emocional, emergem, portanto, da relação entre os participantes e o pesquisador e, depois entre este e o material narrativo oriundo dos encontros de pesquisa.

Quanto ao conceito de experiência emocional, recorreremos primeiramente a Amatuzzi (2007) para esclarecer que o termo experiência pode ser utilizado em diferentes sentidos, sendo o primeiro aquele que se refere à experiência adquirida, advinda do conhecimento aprendido, que leva a um repertório. Outro significado estaria ligado à emoção sentida diante de um acontecimento concreto, ou seja, a experiência vivida em sua dimensão emocional. Apesar de discordarmos da separação entre intelecto e emoção, entendendo-a como uma divisão meramente didática, concordamos com Amatuzzi, ao afirmar que a vivência é anterior à elaboração psíquica e mesmo ao pensamento, posição explicitada neste trecho: “Há sempre mais na experiência vivida do que no significado que dela construímos” (Amatuzzi, 2007, p. 9). Nessa ótica, aproximamo-nos, na presente pesquisa, dessa experiência que diz respeito ao mundo

vivido em um contexto intersubjetivo e de intercomunicação. Em busca de manter evidente a nossa perspectiva, utilizaremos o termo experiência emocional de forma a destacar a dimensão afetivo-emocional, evitando confusões linguísticas, como bem aponta AmatuZZi (2007).

A seguir, buscamos refletir sobre os apontamentos politzerianos, que certamente contribuem para a compreensão do conceito de experiência. Ao criticar a psicologia clássica, Politzer (1928/2004) questiona sua validade por identificar que essa situa o fato psicológico fora do sujeito, deixando de ser psicológico para ser fato objetivo em terceira pessoa, o que o torna desencarnado. O autor revela, a partir dos estudos principalmente dos sonhos, que Freud apresenta uma visão dramática dos fatos, ou seja, do acontecer humano experimentado como fenômeno afetivo e vincular. Nas palavras de Politzer (1928/2004, p. 62): “O que a psicanálise procura é a compreensão dos fatos psicológicos em função do sujeito (...) O caráter mais evidente dos fatos psicológicos é o de estar em ‘primeira pessoa’”. Assim, o fato psicológico é o comportamento que tem sentido humano, voltado, portanto, à experiência dramática. Politzer (1928/2004) destaca:

A ‘transformação’ própria da psicologia seria precisamente a que considera em ‘primeira pessoa’ todos os fatos com que essa ciência possa ocupar-se, mas de tal maneira que, para todo o ser e toda significação dos fatos, a hipótese de uma primeira pessoa fosse *constantemente* indispensável. (pp. 62-63)

Assim sendo, buscamos, na presente pesquisa, nos aproximar das vivências de mulheres, nos contextos em que se inserem, mantendo-nos próximas à dramática de suas vidas. Ou seja, interessamo-nos pela experiência vivida e relatada em primeira pessoa, isto é, concreta e encarnada.

Em uma perspectiva winnicottiana, Naffah Neto (2007) defende que o conceito de experiência se configura como eixo central na teoria e na prática clínica de Winnicott, bem como contempla um novo ponto de vista psicanalítico: o ponto de vista do bebê. Segundo autor,

é a partir dessa mudança que Winnicott desenvolve sua teoria do amadurecimento emocional, diferenciando os modos opostos de se configurar subjetividades em verdadeiro e falso *self*, entendendo por falso a vida que é destituída do sentido emocional e do sentido de realidade, ficando o indivíduo desprovido da capacidade de experienciar. Naffah Neto (2005) assinala, ainda, que o sentimento de realidade, que o bebê pode vir a ter do mundo e de si próprio, passa necessariamente pela zona da experiência criativa e singular. Portanto, a noção de experiência assume uma função de critério diferencial, distinguindo a sanidade da loucura (Naffah Neto, 2007). Quanto à zona da experiência, Naffah Neto (2005) explicita:

Segundo Winnicott, a zona de experiência, centrada na criatividade primária do bebê, necessita de sustentação e continência por parte do ambiente, que constitui a contraparte fundamental para que ela possa operar enquanto tal. Também aí a sua postulação é radical: é preciso que a criatividade do bebê possa ser exercida e tome forma dentro do espaço total que engloba e garante a sua existência, ou seja, na relação indiferenciada mãe-bebê, acontecendo numa continuidade de ser que abrange o bebê e seu ego auxiliar. Garantir essa continuidade de ser e velar pelo seu não rompimento é tarefa da *mãe suficientemente boa*, ao oferecer ao bebê os objetos na hora e da forma que ele os necessita e fazê-lo acreditar que é ele quem os cria, numa *ilusão de onipotência*.” (pp. 442-443)

Assim, nessa perspectiva, experienciar é uma conquista que depende de condições ambientais favoráveis que evitem interrupções da continuidade de ser do bebê, permitindo que ele se desenvolva a partir de sua criatividade primária. Nas palavras de Winnicott (1971/2019a, p. 107): “Propiciar oportunidade de experiências amorfas, impulsos criativos, motores e sensoriais, que constituem a matéria-prima do brincar. É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial humana.”

Nesse mesmo sentido, Fulgencio (2011), ao refletir sobre a noção de experiência na obra winnicottiana aponta que a conquista da saúde depende de “sentir-se real”, ou seja, de experimentar a autenticidade, poder ir ao encontro de “si mesmo”. No entanto, isso só acontece em um ambiente confiável, que favorece a tendência inata ao amadurecimento emocional. Como exemplo da necessidade de um ambiente favorável para a vivência de determinadas experiências, Fulgêncio (2011) cita o trabalho “O medo do colapso” de Winnicott (1963/1994) para referir o medo da loucura que alguns pacientes manifestam, embora estejam se referindo, sem o saber, a um colapso já ocorrido, porém nunca experimentado. Assim, podemos concluir que somente em um ambiente humano seguro e confiável uma determinada experiência, sobretudo a traumática, poderá ser vivida e integrada ao *self*.

Diante dessas considerações e de nosso alinhamento à psicologia concreta e à psicanálise winnicottiana, temos investigado em nosso grupo de pesquisa a experiência emocional de personalidades individuais e coletivas, como por exemplo: filhos de alcoolistas (Carias & Granato, 2021), adolescentes abrigados (Bonfatti & Granato, 2021), meninas adolescentes vítimas de violência (Bonfatti, 2022), pais que vivenciaram divórcio litigioso (Mesquita & Granato, 2022), mães de filhos com dificuldades graves de desenvolvimento (Fabris-Zavaglia et al., 2022), maternagem de mulheres-mães lésbicas (Ribeiro, 2023), entre outras. Em suma, a experiência é definida como modo de habitar dramaticamente campos de sentido afetivo-emocional, que correspondem a mundos ou ambientes “psicológicos” humanamente produzidos (Aiello-Fernandes, 2013; Barcelos, 2014).

No presente estudo, buscamos criar as condições para que nossas participantes relatassem em primeira pessoa, o modo como significaram o próprio adoecimento psíquico no contexto de suas histórias de vida. Para isso, optamos por determinadas estratégias metodológicas, a serem descritas a seguir, com o intuito de favorecer a expressão emocional

das participantes, tendo sempre em consideração que transitávamos por vidas vulneráveis e experiências de sofrimento intenso.

Entrevista Transicional e o uso do Procedimento de Desenho-Estória com Tema (PDE-Tema)

Apresentamos, nesta seção, o enquadre da Entrevista Transicional (ET) de modo a fundamentar e justificar sua utilização, bem como os recursos investigativos que mediarão os encontros de pesquisa. A partir do interesse de investigar em profundidade a experiência emocional das mulheres em tratamento no CAPS, optamos pelo enquadre individual por mostrar-se mais adequado diante da possibilidade de surgirem temáticas sensíveis em uma entrevista voltada à vida enquanto biografia. Dadas as condições de vulnerabilidade afetiva e social que imaginamos encontrar, decidimos oferecer de um a três encontros, dando oportunidade para que as participantes se reposicionassem diante de suas histórias de vida proporcionando-lhes mais tempo para o resgate do sentido de sua experiência com o adoecimento. Lembramos das recomendações de Naffah Neto (2006) sobre o paciente poder elaborar, em seu próprio ritmo, os impasses que surgem, bem como das palavras de Dockhorn e Macedo (2015) sobre o “espaço de escuta, no qual o sujeito possa falar de si, de sua história e de seus conflitos e fantasias” (p. 533) ser condição absolutamente necessária para o estabelecimento de uma relação de confiança.

Nesse sentido, pareceu-nos acertado dar voz a mulheres que sofrem com transtornos mentais e que, por essa razão são acompanhadas no CAPS, permitindo-lhes assumir o protagonismo na construção da história, e conseqüentemente do sentido, de seu adoecimento. Estamos cientes, porém, de que trabalhar com a experiência vivida inclui, necessariamente,

contradições e lacunas (Politzer, 1928/2004). Em nosso alinhamento com a psicologia psicanalítica concreta, concordamos que por mais bizarro ou incomum que possa ser uma conduta, é sempre dotada de significado (Bleger, 1963/2007), basta-nos compreendê-lo. Assim, apesar da necessária delimitação de um campo experiencial como foco desta pesquisa, privilegamos uma atitude aberta do pesquisador para que cada participante comunique aquilo que lhe é emocionalmente importante no momento do encontro (Visintin et al., 2023).

Partimos das entrevistas psicológicas de Bleger (1979/1995), que colocam o método psicanalítico em marcha por meio da criação de um ambiente que favorece a expressão das participantes, de forma que a pesquisadora possa, através do fenômeno da transferência, entrar em contato com a experiência emocional. O aprimoramento do uso do método psicanalítico winnicottianamente orientado em pesquisas qualitativas têm gerado avanços significativos (Granato, 2000, 2002, 2004; Granato & Aiello-Vaisberg, 2011, 2013, 2016), na medida em que o campo transicional estabelecido nas entrevistas modifica a interação entre pesquisadora e entrevistada, tomando feições brincantes (Aiello-Vaisberg et al., 2017). O enquadre da Entrevista Transicional tem sido desenvolvido e aprimorado em nosso grupo de pesquisa, em estudos como os de Carias (2018, 2022), Gomes (2019), Mozardo (2021), Lucas (2022), Bonfatti (2022), Visintin (2023), Ribeiro (2023), dentre outros.

Fundamentada na psicanálise winnicottiana, as Entrevistas Transicionais baseiam-se na chamada terceira área da experiência, na qual se situa o diálogo entre o mundo subjetivo¹⁵ e o mundo objetivamente percebido (Winnicott, 1971/2019b). Na teoria do amadurecimento, essa zona intermediária se desenvolve quando o bebê passa de um estado de fusão com a mãe ou pessoa cuidadora para um estágio de separação. Nesta transição, a mãe/cuidadora diminui

¹⁵ Subjetivo, no sentido winnicottiano do termo, ou seja, que pertence ao bebê, portanto, inserido na área de ilusão de onipotência.

gradativamente a sua adaptação às necessidades do bebê à medida que este desenvolve seus próprios recursos. Assim, conforme o bebê, que experimenta confiança em um ambiente sustentador, começa a conceber um mundo fora de si, inaugura-se um espaço potencial – espaço entre o mundo subjetivo e o objetivamente percebido – que é preenchido criativamente pelo brincar. Nas palavras de Winnicott (1971/2019c, p. 176): “É útil pensar em uma terceira área da vida humana, que não fica nem dentro do indivíduo nem do lado de fora, no mundo da realidade compartilhada.” Essa área intermediária é constituída por “experiências intensas ligadas à arte, à religião, à vida imaginativa e ao trabalho científico criativo” (Winnicott, 1971/2019b, p. 34).

Buscamos estabelecer nas Entrevistas Transicionais um ambiente suficientemente bom, orientado pelo conceito de manejo winnicottiano, que se refere à sustentação (*holding*) emocional promovida pela pesquisadora, de forma a favorecer o gesto espontâneo das participantes, colocando-se em um estado psíquico que lhe permite entrever e se adaptar às necessidades das mulheres entrevistadas. Sustentada pelos contornos criados pela pesquisadora, a participante é convidada a brincar, isto é, a expressar-se espontaneamente, minimizando o uso da racionalização defensiva. De acordo com Winnicott (1971/2019a, pp. 92-93): “É no brincar, e apenas no brincar, que a criança ou o adulto conseguem ser criativos e utilizar toda a sua personalidade, e somente sendo criativo o indivíduo pode descobrir o *self*”. O autor salienta que o brincar criativo é uma condição sofisticada e saudável, que é desenvolvida quando “tudo correr bem” (Winnicott, 1971/2019b, p. 28), ou seja, quando há um ambiente suficientemente bom, em que a criança possa confiar. O oposto do brincar criativo seria, de acordo com a teoria do amadurecimento, a submissão, que é a base de uma vida doentia (Winnicott, 1971/2019d). De modo análogo à psicoterapia, em que paciente e terapeuta trabalham na sobreposição de suas respectivas áreas do brincar (Winnicott, 1971/2019e), nas Entrevistas Transicionais buscamos estabelecer esse tipo de ambiente favorecedor da espontaneidade.

Tal enquadre se mostrou particularmente adequado à condição de adoecimento psíquico das participantes. Ao entrevistar mulheres pacientes de um CAPS, a pesquisadora precisou temporariamente transitar entre a realidade e a loucura, de modo a acompanhar a participante sem se perder nesse espaço de fronteira. O conceito de paradoxo de Winnicott (1988) ilumina essa experiência, ao descrever os objetos transicionais como aqueles criados e encontrados pelo bebê, significando tanto a união quanto a separação da mãe/cuidadora. Para isso, faz-se necessário um estado psíquico de tolerância tanto de entrar em contato com conteúdos primitivos, quanto do não saber, conceito tão caro à psicanálise, que propõe uma postura de abertura do analista aos conteúdos inconscientes do paciente. É essa mesma condição paradoxal que caracteriza o estado de Preocupação Materna Primária (Winnicott, 1956/2021), na medida em que a mãe é também convidada a habitar esse lugar de modo a afinar-se às necessidades de seu bebê.

Inspirada na célebre frase de Winnicott (1962/2007, p. 152): “Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa”, a pesquisadora procurou, em cada encontro, sintonizar-se ao ritmo das pacientes em sua narração e elaboração da experiência vivida, acompanhando suas associações e qualquer sinal de desconforto, a fim de modular suas intervenções e a condução de cada entrevista. Assim, buscou evitar o que se poderia configurar como invasão ambiental, dada a situação de vulnerabilidade psíquica das participantes, priorizando seu bem-estar mediante o contínuo ajuste das etapas metodológicas.

Tanto Figueiredo e Minerbo (2006) quanto Dockhorn e Macedo (2015) concordam que na pesquisa com método psicanalítico os meios de investigação vão sendo descobertos e inventados simultaneamente ao longo do processo, sendo necessário fazer adaptações. Assim, estabelecemos um desenho metodológico suficientemente flexível que nos permitiria modificar

a proposta inicial, ao longo dos encontros, sem comprometer nossos objetivos gerais e o compromisso ético que regula a nossa profissão.

Reconhecemos que ser psicóloga e ter uma experiência prévia tanto com a escuta psicanalítica, quanto com o atendimento de pacientes da saúde mental pública, muito contribuiu para o manejo das entrevistas, permitindo à pesquisadora ter uma postura de flexibilidade quanto às adaptações mencionadas em virtude das demandas identificadas. Em sua reflexão sobre o método psicanalítico, Figueiredo e Minerbo (2006) reconhecem a importância de estarmos abertos para o improviso, conforme o trecho a seguir:

Já as estratégias vão se formando e transformando, engendrando táticas e propiciando “sacadas”, em função das condições atuais em que são efetivadas; estratégias deixam uma larga margem para o improviso e para os processos primários, para as descobertas e para as invenções. (p. 263)

Isto posto, utilizamos, nas Entrevistas Transicionais, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-Tema), criado por Aiello-Vaisberg (1999) a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1973, 1976), no intuito de atender necessidades metodológicas em investigações psicanalíticas sobre as representações sociais da loucura. Inicialmente, o uso do PDE-Tema esteve voltado ao estudo da discriminação sofrida pelo paciente psiquiátrico na década de 1980, quando o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial ganhavam força. Em seguida, o procedimento se mostrou profícuo em pesquisas qualitativas com outros grupos discriminados e excluídos (Visintin et al., 2023), na investigação de imaginários coletivos (Rosa, Lima, Peres & Santos, 2019), para finalmente ter seu uso ampliado para pesquisas qualitativas psicanalíticas acerca de experiências emocionais (Barcelos, 2014; Fabris-Zavaglia, 2020).

O uso do PDE-Tema se faz por meio de uma demanda, à participante, de que desenhe uma figura de interesse em particular, como em nosso caso “uma mulher em tratamento no

CAPS”, seguido do convite para escrever uma história sobre a figura desenhada. Vale destacar que como recurso mediador, o PDE-Tema não tem a função de um teste psicológico, mas de um facilitador da expressão emocional. Além disso, temos observado seu potencial elaborativo, no âmbito da perspectiva winnicottiana sobre a transicionalidade. O jogo do rabisco (Winnicott, 1968/1994) era um recurso lúdico que Winnicott utilizava em suas Consultas Terapêuticas (Winnicott, 1971/2023) para chegar a uma comunicação significativa com a criança no espaço de poucas consultas. O jogo era muito simples: Winnicott fazia um rabisco numa folha de papel e convidava o paciente para que desse uma forma para aquele traço; na sequência, o paciente fazia um outro rabisco para que Winnicott o completasse, e assim por diante.

O PDE-Tema alinha-se ao estilo clínico Ser e Fazer (Aiello-Vaisberg, 2003), inserindo-se na pesquisa psicanalítica winnicottiana, que, como brincar sofisticado, permite o acesso espontâneo e protegido à experiência emocional, sobretudo em contextos vulneráveis. Ressaltamos que cada participante é, nesse tipo de pesquisa, tomada como integrante de uma personalidade coletiva – a mulher em tratamento em um CAPS – cujas manifestações permitirão, após análise interpretativa, a criação/encontro de campos de sentido afetivo-emocional que permitirão nossa compreensão sobre a experiência de adoecimento psíquico dessas mulheres.

Delineando as Entrevistas Transicionais

Atentas ao que Fonteles et al. (2018) apontam quanto à ausência de descrições explícitas do método em pesquisas psicanalíticas, pretendemos descrever minuciosamente a metodologia utilizada no presente estudo, para que o leitor possa acompanhar as etapas metodológicas.

Foram realizadas três entrevistas transicionais individuais com cinco mulheres¹⁶, que ocorreram no próprio CAPS onde elas são atendidas¹⁷, sendo que a inserção da pesquisadora no campo de pesquisa teve duração de um ano. Foi feito um primeiro contato com a gestora, a partir do qual agendamos uma participação da pesquisadora em reunião da equipe de saúde mental¹⁸. Nesta reunião, a pesquisadora apresentou seu projeto de pesquisa para a equipe de profissionais, momento em que foi possível conhecê-los brevemente. Conforme sugerido pela gestora, foi entregue aos profissionais um resumo impresso do projeto, esclarecendo os objetivos, a metodologia, os critérios de inclusão e de exclusão de participantes, bem como as etapas do estudo. Na conversa com a equipe, destacamos a necessidade de uma sala ou ambiente privado, onde a entrevista pudesse transcorrer com o mínimo de interferência possível, considerando que os serviços de saúde mental contam com certa imprevisibilidade. Buscamos realizar as entrevistas nos horários mais convenientes para o serviço e para as participantes, levando em conta a rotina da instituição.

Todos profissionais da equipe foram convidados a indicarem as possíveis entrevistadas, o que estabeleceu um diálogo entre a pesquisadora, as participantes e os profissionais, contato que se manteve ao longo de todo o processo. Embora os serviços de saúde mental atendam diferentes expressões de sofrimento mental grave, não definimos nenhuma condição

¹⁶ Realizamos três entrevistas transicionais individuais com as participantes, exceto com uma delas com quem foram realizadas apenas duas entrevistas, conforme o leitor poderá acompanhar nas narrativas que se seguem no próximo capítulo. Destacamos que essa opção metodológica levou em consideração o fato de a participante apresentar-se de forma mais retraída e por ter conseguido contar sua história de adoecimento já nos dois primeiros encontros. A pesquisadora priorizou o bem-estar da participante, evitando invasões desnecessárias, em detrimento da padronização do número de entrevistas com o grupo de participantes, uma exigência que não condiz com a pesquisa qualitativa com uso do método psicanalítico.

¹⁷ Por serem considerados serviços essenciais, os serviços de saúde mental não tiveram suas atividades interrompidas durante a pandemia do Covid-19, apenas modificadas, para se adequarem às necessidades sanitárias. Assim, realizamos as entrevistas transicionais individuais de forma presencial, respeitando as orientações sanitárias, vale dizer, distanciamento físico entre pesquisadora e participante, em local arejado, uso de máscara de proteção e de álcool em gel.

¹⁸ Segundo a Portaria nº 336 de 2002 (Brasil, 2002), as equipes de CAPS III são compostas pelos seguintes profissionais: enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente sociais, médicos psiquiatras, médicos clínicos, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, técnico administrativo e técnico em farmácia.

psicopatológica específica. Considerando nosso interesse pelas mulheres pacientes de forma geral, os profissionais foram orientados a adotar como critério para a indicação de participantes o suposto benefício de contarem a própria história de vida para a pesquisadora. Os profissionais foram alertados de que as entrevistas, que são mobilizadoras de muitos sentimentos, seriam contraindicadas para mulheres que estivessem em momento de crise aguda. Nos casos em que a crise foi vivida ao longo do processo de entrevistas, o encontro seguinte foi adiado até a estabilização emocional da participante, condição esta a ser definida pelo profissional de referência¹⁹.

Com o consentimento das participantes, as entrevistas transicionais individuais, cuja duração variou entre 60 e 90 minutos conforme a situação de cada encontro, ocorreram em sala reservada garantindo o sigilo do que ali se conversava. No primeiro encontro cada participante foi convidada a contar sua história de vida, a partir de uma questão norteadora: “O que você imagina que aconteceu na sua vida para você estar no CAPS?”. Logo ficou evidente que a pergunta atendeu a nosso objetivo de convidar as mulheres para um resgate da história de seu adoecimento, uma vez que todas as participantes iniciaram seu relato por um momento emblemático de suas vidas. Ao longo da entrevista, e sempre que necessário, a pesquisadora manteve o diálogo por meio de perguntas abertas, respeitando os caminhos associativos das participantes sem, no entanto, perder de vista o tema do estudo.

Transferimos o uso do recurso mediador PDE-Tema para a segunda entrevista, assim que percebemos seu impacto mobilizador nas primeiras participantes entrevistadas. Provavelmente por tratar-se de população vulnerável e de uma temática sensível, o pedido para

¹⁹ O profissional de referência tem como responsabilidade acompanhar o usuário, manter contato com sua rede de apoio, monitorar e avaliar o Projeto Terapêutico Singular traçado. Dependendo dos CAPS, eles são de nível superior, técnico ou médio e podem trabalhar tanto individualmente como em duplas ou trios de referência. No caso desta pesquisa, a indicação das cinco participantes foi feita por quatro profissionais de referência de ensino superior, um deles indicou duas participantes.

desenharem “uma mulher em tratamento no CAPS” gerou ansiedade, a qual foi prontamente acolhida pela pesquisadora que lhes deu a opção de descreverem verbalmente a imagem imaginada. Já na segunda etapa do procedimento, quando as participantes são convidadas a contar uma história sobre o desenho, optamos por anotar a história que a participante ditava, assim evitando o constrangimento com alguma dificuldade de escrita ao mesmo tempo que garantíamos a fluidez do relato. Realocado para a segunda entrevista, o PDE-Tema operou no sentido de retomada da continuidade do drama relatado na primeira entrevista, potencializando a questão norteadora.

Conforme foi descrito, buscamos, a partir de uma postura acolhedora, contribuir para que as participantes se sentissem confortáveis, a despeito da história de sofrimento que narravam. Ao final da última entrevista foi preenchido um Formulário de caracterização das participantes (Anexo A), a fim de obter informações sociodemográficas e outros dados relacionados ao tema de pesquisa, como tempo de tratamento na saúde mental e internações prévias, que contribuíram para a caracterização das participantes.

As mulheres participantes

Foram entrevistadas, na presente pesquisa, cinco mulheres, que serão chamadas de Rosa, Margarida, Camélia, Azaleia e Violeta. A escolha de flores para os nomes fictícios, que são usados para garantir a confidencialidade e o anonimato das participantes, foi inspirada em uma das participantes que nomeou o Grupo de Mulheres do CAPS como “Grupo das Camélias”. Segundo a paciente, trata-se de uma alusão às mulheres abolicionistas que utilizaram as flores para simbolizar a liberdade²⁰. A seguir, a Tabela 1 apresenta o perfil das participantes segundo

²⁰ O leitor pode encontrar uma reflexão de Mancini (2020, 15 de maio) sobre este simbolismo das camélias no seguinte site: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/13-de-maio-a-resistencia-das-camelias-e-a-abolicao-tardia/>.

idade, estado civil, filhos, raça/etnia, profissão, ocupação e escolaridade. Trata-se de mulheres entre os 41 e 57 anos, pertencentes às classes sociais mais desfavorecidas, todas mulheres-mães, nenhuma estava trabalhando no momento da pesquisa e apenas uma vivia com seu companheiro.

Tabela 1. Caracterização das participantes

Participantes	Idade	Estado civil	Filhos (as)	Raça/ Etnia	Profissão	Ocupação	Escolaridade
Rosa	41	Solteira	1	Negra, morena	Não informada	Aposentada	Até a 4ª série
Margarida	53	Divorciada	1	Branca	Especialista estética	Afastada por deficiência	Curso técnico
Camélia	53	Solteira	1	Branca	Telefonista	Aposentada	3º grau completo
Azaleia	55	Divorciada	3	Cor de jambo	Faxineira	Afastada	Até a 8ª série
Violeta	57	Amigada	5	Negra	Doméstica	Aposentada por invalidez	Não informada

Todas as informações da tabela foram fornecidas pelas próprias participantes, inclusive no item raça/etnia, respeitando a autodeclaração. Informamos que Rosa não indicou uma profissão e Violeta não soube dizer quanto tempo estudou.

A seguir apresentamos, na Tabela 2, informações ligadas ao tratamento das participantes, que contribuem para a compreensão das suas trajetórias de tratamento em saúde mental. Destacamos que dentre as cinco mulheres, quatro passaram por manicômios e são pacientes da saúde mental há muitos anos.

Tabela 2. Informações do tratamento em saúde em mental das participantes

Participantes	Tempo de tratamento no CAPS	Tempo de tratamento de saúde mental	Passagem por manicômio/ Hospital Psiquiátrico
Rosa	13 anos	-	Sim
Margarida	3 anos	5 anos	Não
Camélia	17 anos	33 anos	Sim
Azaleia	6 anos	18 anos	Sim
Violeta	20 anos	-	Sim

No caso desta tabela, algumas informações foram fornecidas pelas participantes e outras recuperadas dos seus prontuários. Tanto Rosa, quanto Violeta não souberam identificar o início do tratamento em saúde mental, mas pelas histórias relatadas pudemos concluir que foi anterior à chegada ao CAPS.

Procedimento de registro e de interpretação do material de pesquisa

Após a finalização das entrevistas, foram realizadas consultas aos prontuários das participantes e conversas com os profissionais de referência das participantes – aqueles que acompanham de modo mais próximo o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) –, a fim de esclarecer alguns pontos e compreender as lacunas nas histórias das mulheres que nos pareceram relevantes para a compreensão da experiência emocional. Assinalamos que o foco deste estudo é compreender a experiência vivida pelas participantes desde o seu próprio ponto de vista, enquanto as informações que foram recolhidas dos prontuários e no diálogo com os profissionais tinham a função de subsidiar as impressões que tivemos dos encontros de pesquisa e contribuir com a costura do que foi relatado pelas mulheres.

O material de pesquisa configura-se por dois tipos de registros: 1) produções imaginativas das entrevistadas, elaboradas durante as entrevistas transicionais individuais e 2) Relato Associativo Inicial (RAI) constituído por anotações acerca da experiência vivida pela pesquisadora durante todas as etapas do processo investigativo, incluindo os registros iniciais dos encontros com as participantes até as conversas com os profissionais de referência e consultas aos prontuários. As produções imaginativas são compostas pelos desenhos – desenhados em papel ou imaginados e descritos verbalmente – e histórias relatadas pelas participantes a partir do PDE-Tema. Incluímos também enquanto produções imaginativas desenhos livres e pintura, quando surgidos espontaneamente nos encontros com as participantes. Quanto ao RAI, constituiu-se por anotações diversas sobre as impressões da pesquisadora e seguiu algumas etapas: ao sair das entrevistas, a pesquisadora gravou áudios, destacando falas das participantes e os primeiros impactos contratransferenciais. Assim que foi possível, com a experiência ainda muito viva, escreveu sobre o que viveu em cada encontro. A primeira escrita costuma ser bastante fragmentada e desconexa, mas à medida que reescreve, a pesquisadora busca costurar o fio narrativo da história de cada participante, além do desenrolar do próprio encontro.

Com o RAI mais estruturado, retomamos o contato com o material para dar início à análise preliminar que, em nosso caso, caracterizou-se por um intenso trabalho mental para resgatar a lógica do sentido que guiava o relato das participantes, nem sempre linear ou explícito. Em um trabalho de costura em camadas de elaboração e de integração, foram sendo alinhavadas as três fontes de dados: as entrevistas transicionais individuais, as consultas aos prontuários e as interlocuções com os profissionais de referência. Depois de muitas versões, os RAI tomam o formato de Narrativas Transferenciais (NT), nas quais a pesquisadora já apresenta uma elaboração interpretativa do que viveu nos encontros com as participantes. A Narrativa Transferencial (Aiello-Vaisberg et al., 2009), que constitui a primeira parte do procedimento

investigativo de interpretação do material de pesquisa, ou seja, da análise das comunicações conscientes e inconscientes das participantes tem a importante função de comunicar o acontecer clínico ao leitor, o que permite posteriormente que sejam criados/encontrados os campos de sentido afetivo-emocionais (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008). Destacamos que tanto o RAI quanto a NT se norteiam pelo método psicanalítico, de cultivo da associação livre e da atenção flutuante.

O conjunto do material de pesquisa foi psicanaliticamente considerado segundo as palavras de ordem herrmannianas que organizam a interpretação de campos de sentido afetivo-emocional: “Deixar que surja”, que se refere à postura de receptividade das expressões dramáticas das participantes, o que pressupõe a suspensão de teorizações e conhecimentos prévios, para nos deixarmos impressionar pelo acontecer do encontro; “Tomar em consideração”, que faz alusão à postura da pesquisadora de aguardar o surgimento de associações; “Completar a configuração de sentido” que indica o movimento de criar/encontrar os sentidos afetivo-emocionais emergentes do encontro pesquisadora-participante a respeito da experiência emocional das participantes (Herrmann, 1979/2001). Fazendo um paralelo com a terapia psicanalítica, Herrmann (2001) reconhece que “o analista (...) procura compreender o que significa aquilo que escuta, em termos emocionais, qual história lhe está sendo contada ocultamente e vivida na sessão” (p. 55). O mesmo se passa no âmbito da pesquisa psicanalítica.

Desta forma, a interpretação psicanalítica “constitui a tarefa impossível de evocar e criar sentido para o que, originalmente, é singular, inominável” (Naffah Neto, 2006, p. 284), de forma que os sentidos sejam descobertos e inventados a partir da interpretação que tolera o paradoxo (Figueiredo & Minerbo, 2006). Para que os sentidos afetivos-emocionais emerjam, a pesquisadora precisa entrar em um estado de suspensão do conhecimento teórico e uma tolerância à espera, permitindo-se impregnar emocionalmente pelo encontro com cada participante (Naffah Neto & Cintra, 2012).

Nesta etapa de interpretação do material de pesquisa, utilizamos a triangulação com os integrantes do grupo de pesquisa como forma de ampliar os sentidos e investigar os impactos emocionais que emergem nos pesquisadores (Stake, 2011) ao terem contato com as NT. Essa estratégia metodológica visa garantir o rigor científico, ao reconhecer a diversidade de interpretações possíveis e enriquecer o conhecimento produzido. Vale sublinhar que o termo triangulação remete à ideia de um triângulo, a partir do qual o mesmo fenômeno pode ser visto de diferentes pontos de vista (Santos et al., 2020).

Orientamo-nos pelo método psicanalítico em todas as etapas da presente pesquisa, desde o esboço de desenho metodológico até a análise do material produzido, momento em que suspendemos o uso do método psicanalítico para dar início a um processo reflexivo de interlocução à luz de contribuições de autores, psicanalistas ou não, que se tem debruçado sobre as questões para as quais apontam nossos resultados. Em busca de uma visão ampliada dos fenômenos humanos, valorizamos o diálogo com outras áreas do saber, combatendo também o risco do dogmatismo psicanalítico (Fonteles et al., 2018). Esperamos desse modo contribuir para a produção de conhecimento compreensivo sobre o sofrimento feminino, de forma que auxilie a melhora da qualidade clínica da atuação de psicólogos e de outros profissionais do setor da saúde mental que atendem mulheres, bem como para a qualificação de debates que se fazem no âmbito de movimentos sociais, principalmente no que se refere à luta pela igualdade de gênero. Antes de passarmos para o próximo capítulo, destacamos um aspecto importante deste estudo acerca da ética do cuidado em investigações com participantes vulneráveis.

Ética na pesquisa qualitativa com pessoas vulnerabilizadas²¹

A condição das mulheres em tratamento em um CAPS já faz das participantes da presente pesquisa pessoas vulneráveis em sua vida cotidiana. No entanto, como esperamos ter deixado claro quanto ao enquadre da Entrevista Transicional, buscamos realizar encontros pautados na ética profissional do psicólogo e na perspectiva respeitosa, acolhedora e brincante, sustentada pela psicanálise winnicottiana e pela psicologia concreta. Cabe ainda esclarecer que esta pesquisa atendeu plenamente as exigências determinadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil (CAAE: 50749321.1.0000.5481), cujo parecer de aprovação é de nº 4.929.484 (Anexo B).

A pesquisa foi desenvolvida mediante autorização voluntária das participantes, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, escrito em linguagem acessível às participantes, que foram esclarecidas sobre o direito de desistir, a garantia de anonimato e a confidencialidade do material de pesquisa. Os estudos com grupos de pessoas vulnerabilizadas demandam cuidados específicos que vão além das exigências comuns às demais pesquisas qualitativas (Bajotto & Goldim, 2012).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, o termo vulnerabilidade se refere à “situação na qual pessoa ou grupo de pessoas tenha reduzida a capacidade de tomar decisões e opor resistência na situação da pesquisa, em decorrência de fatores individuais, psicológicos, econômicos, culturais, sociais ou políticos” (CNS, RES.510/2016, artigo. 2º). De nossa parte, enfatizamos a situação de vulnerabilidade de pessoas em intenso sofrimento psíquico, seja ele agudo ou crônico, o que inclui aquelas oprimidas segundo diferentes matrizes

²¹ Realizamos uma apresentação oral, derivada de nossas considerações éticas, intitulada “Ética do cuidado na investigação qualitativa com mulheres em situação de múltiplas vulnerabilidades”, no XXVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados y X Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, que ocorreu na Espanha em novembro de 2023.

de dominação, como o machismo, racismo, capacitismo, classismo, etarismo, entre outras (Collins, 2019).

Ao refletir sobre pesquisas com temas difíceis, desafiadores ou delicados, que incluem estudos com pessoas vulnerabilizadas, Silverio et al. (2022) apontam alguns cuidados necessários para proteger tanto os participantes, quanto os pesquisadores, já que o bom andamento da pesquisa depende do conforto e segurança de ambos. Os autores recomendam os seguintes cuidados: a necessidade de conhecimentos acadêmicos e clínicos prévios; a importância de compartilhar com os membros do grupo de pesquisa os desafios e as dificuldades que surgem ao longo do estudo; realizar apenas uma entrevista ou grupo por dia dando espaço para elaboração entre os encontros; ter clareza de que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento e, caso os participantes apresentem sinais de sofrimento, o pesquisador deve realizar os devidos encaminhamentos, sendo, portanto, necessário um apoio institucional no caso destas pesquisas.

Quanto à interação com os participantes, Figueiredo (2020) descreve as diversas faces do cuidado que contribuem com a reflexão acerca da postura do pesquisador qualitativo, sobretudo quando se trata de mulheres vulnerabilizadas. O autor salienta que na esfera do cuidado precisa haver um equilíbrio dinâmico entre diferentes formas de presença: a presença implicada, em que o cuidador exerce funções de acolhimento, reconhecimento e questionamento; e a presença reservada, quando o cuidador se mantém apenas disponível e atento, evitando intromissões excessivas, dando espaço e tempo ao outro. Reconhecemos, ainda, a necessária sensibilidade do pesquisador para identificar sinais (situações, falas, pequenos gestos) de que precisa modular sua presença para proteger seus participantes.

O acolhimento do sofrimento emocional das participantes deste estudo se deu por meio da escuta empática e legitimadora da experiência vivida, entendendo empatia como a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, contribuindo para a compreensão dos conflitos

das participantes, ainda que não tenham sido completamente explicitados. A psicanálise se vale do fenômeno da contratransferência – influência do paciente sobre os sentimentos do analista, que podem ser percebidos a partir de diversas reações conscientes e inconscientes (Laplanche & Pontalis, 1992) – como instrumento de comunicação. Também a pesquisadora, no encontro com suas participantes, fez uso de sua capacidade empática para captar o sofrimento das mulheres (Duque, 2018) e manejar as entrevistas.

O pesquisador qualitativo que trabalha com populações vulneráveis sabe que desempenha um papel fundamental na produção de seus dados, e para isso conta com sua sensibilidade ao sofrimento do outro, seu conhecimento sobre o contexto de vida do participante, seu compromisso ético de respeito à alteridade. Destacamos a importância da experiência prévia da pesquisadora com mulheres em tratamento de saúde mental, na medida em que favoreceu a escuta qualificada e a compreensão das vivências compartilhadas. Além disso, mostrou-se essencial tanto a troca constante no grupo de pesquisa e nas reuniões com a orientadora, na medida em que contribuíram para o andamento das entrevistas, quanto o privilégio da pesquisadora de contar com um espaço de autocuidado em análise pessoal. Entendemos que tais condições favoreceram a promoção dos cuidados éticos com as participantes. Outro ponto a salientar foi o respaldo institucional, pois as entrevistas foram realizadas no próprio CAPS onde as participantes se tratavam. Desse modo, a equipe pode acompanhar o desenrolar da pesquisa e dar assistência às participantes, seja durante ou após as entrevistas. A pesquisadora preocupou-se em manter contato constante com a equipe para avaliação da pertinência dos agendamentos e reagendamentos das entrevistas, de acordo com o estado emocional das mulheres.

Esse manejo sensível tende a favorecer comunicações mais espontâneas e mais próximas das vivências das participantes, além de evitar invasões ambientais desnecessárias, o que não só torna viável o desenvolvimento do estudo, como o enriquece com conteúdos

significativos. Assim, a ética do cuidado se mostra ferramenta valiosa na pesquisa qualitativa com método psicanalítico por contribuir, além da produção de conhecimento rigoroso, com a transformação social já no âmbito da entrevista investigativa.

Capítulo 3. Narrativas Transferenciais

“Meu recado às mulheres
contem suas histórias
descubram o poder
de milhões de vozes
que foram caladas
por séculos”
(Leão, 2017, p. 54)

Neste capítulo, apresentamos ao leitor o material narrativo obtido nas Entrevistas Transicionais (ET) sob a forma de Narrativas Transferenciais (NT). Estas foram elaboradas a partir de diferentes fontes: (1) entrevistas realizadas com as participantes; (2) contatos realizados com os profissionais de referência de cada entrevistada; (3) consulta aos prontuários das participantes, sendo as duas últimas fontes consideradas como complementares à primeira, na medida em que foram utilizadas para esclarecer pontos das histórias de vida das entrevistadas que ainda estavam obscuros. Dado que o objetivo desta pesquisa foi investigar a experiência emocional de mulheres em tratamento no CAPS, o relato das participantes foi privilegiado e valorizado, de forma que quando são introduzidas nas NT informações complementares – dos profissionais de referência e dos prontuários –, o leitor será avisado.

Realizamos, assim, um esforço de tecer costuras de sentido nas histórias compartilhadas, tanto do sentido dado pelas participantes às experiências vividas, quanto o sentido que foi perdido pelas próprias pacientes e que buscamos “recuperar” nas entrevistas, com o objetivo de transmitir ao leitor a experiência emocional das participantes e apresentar aqui uma síntese do que foi apreendido. Granato (2004) destaca que o trabalho do pesquisador psicanalista se assemelha ao trabalho de um artesão, que “tece à mão as inúmeras camadas de um todo” (p.

27) e, nesse trabalho artesanal, apresentamos aqui a compreensão a que chegamos sobre o processo de adoecimento dessas mulheres.

Salientamos que todos os nomes utilizados nas NT são fictícios garantindo o sigilo e anonimato das participantes e de seus familiares. Os nomes atribuídos aos profissionais de equipe também são fictícios. Além disso, as histórias do PDE-Tema foram relatadas conforme as participantes mencionaram ou escreveram, sem preocupações ortográficas ou gramaticais, mantendo a expressão original das participantes. Finalmente, um último detalhe, por se tratar de um relato pessoal da pesquisadora, as NT foram elaboradas em primeira pessoa e a linguagem utilizada foi mais próxima da informal, considerando o objetivo de transmitir a experiência vivida pela pesquisadora nos encontros com as participantes.

Rosa, a incendiária

Entrevista 1

Ao encontrar com Rosa pela primeira vez, ela estava na ambiência²², parecendo político que cumprimenta todo mundo por onde passa. Tais, profissional da equipe, nos apresentou e Rosa me cumprimentou, de modo simpático, com um aperto de mão. Caminhando para o ateliê, onde seria a entrevista, Rosa foi pedindo cigarro a todos. Deu um brinco para uma usuária²³, falou para ela não dar para ninguém e, em seguida, pediu um beijo na boca e um trago de seu cigarro. A usuária recusou-se a beijá-la, ao que Rosa respondeu que era só uma brincadeira, para em seguida comentar comigo que não sabia se estava solteira ou namorando. Aquela cena me gerou uma sensação de estranhamento.

Entramos no ateliê e eu a convidei a se sentar para iniciarmos a entrevista. Rosa perguntou o que eu queria falar com ela. Primeiro, eu me apresentei, falei que sou pesquisadora e psicóloga e que gostaria de saber o que ela imaginava que aconteceu na sua vida para estar ali no CAPS. Rosa respondeu prontamente: “Porque eu quase matei uma mulher”. Um estado de choque me tomou, no impacto daquela informação brutal. Ela continuou falando. Contou que uma psicóloga do CAPS, que não era Tais, a sua profissional de referência, havia anunciado sua saída do serviço naquele mesmo dia, que ela acabava se apegando à equipe, depois o profissional saía e ela ficava triste. Comigo não seria diferente, mas ia me contar o que eu queria saber. Naquele momento, percebi que Rosa era sensível às perdas e separações.

²² Espaço de convivência social dos serviços públicos de saúde mental, que pode ser um dispositivo potente da reabilitação psicossocial.

²³ Termo utilizado na rede pública de saúde mental do Brasil, referindo-se a(o) usuária(o) do serviço.

De repente, Rosa perguntou se poderia retirar a máscara (a situação da pandemia de Covid-19 havia melhorado há pouco tempo, mas o uso de máscara continuava recomendado, especialmente em serviços de saúde). Eu, sem muita reação, aceitei que ela tirasse. Ao chegar no CAPS, observei que nenhum usuário estava de máscara. Imaginei que pela desorganização psíquica dos pacientes, o uso de máscara poderia ser complicado. Além disso, Rosa havia pedido um beijo a outra usuária, de forma que se proteger com a máscara parecia uma preocupação muito distante de sua realidade. Assim que concordei que retirasse sua máscara, percebi que instintivamente afastei minha cadeira para trás, buscando manter nossa proteção. Rosa copiou meu ato, empurrando a sua cadeira para trás e aumentando a distância entre nós. Apesar da distância física, o clima foi de proximidade.

Sem que eu comentasse sua queixa sobre as inúmeras despedidas que vivencia no CAPS, me lembrei de como era difícil a rotatividade dos profissionais nos serviços. Foi quando Rosa começou a me contar uma história de muito sofrimento. Entre as idas e vindas de uma fala confusa, Rosa contou uma história nada linear a qual precisei costurar para compreender e para narrar aqui. Dos dez filhos que sua mãe teve, nove sobreviveram. Como não tinham onde morar, sua mãe dava os filhos para outras pessoas, ficando apenas Rosa e um dos seus irmãos. Estavam sempre se mudando para a casa de alguém, o que me fez imaginar que tenham ficado em situação de rua também. Sua mãe lhe ensinou que ela não podia roubar nada. Rosa conseguiu seguir tal conselho, quando estava com a “cabeça boa” (sic). Mas depois, quando perdeu a fé, começou a usar drogas e roubar. Sobre as drogas, Rosa contou que usava todas: Crack, cocaína, cola, maconha.... Explicou que roubava dinheiro e relógios, como o que eu estava usando, o que a princípio me causou certo receio, mas fui percebendo que se tratava de uma fala sem muito pudor, sem qualquer tom de ameaça.

Rosa ficou em reclusão em cerca de quatro diferentes cidades, sendo que os motivos pelos quais foi presa não apareceram inicialmente. Rosa passou pela penitenciária “comum”,

mas foi transferida para um manicômio judiciário. Em uma de suas passagens pela prisão, Rosa estava se relacionando com uma mulher, a Carina. Ela estava no pavilhão 4, onde tinha algumas amigas, mas se dirigiu para o pavilhão 1, onde estava sua companheira. Elas tinham televisão e podiam assistir juntas. Mas um dia, Carina bateu em suas costas e disse brincando “vou te matar, hein?”. Rosa disse que na hora não teve consciência que se tratava de uma brincadeira, para ela tinha sido sério, sentiu o perigo, estava persecutória e, então, reagiu. Deu um golpe no pescoço da Carina com as duas mãos, o que encenou diversas vezes para me mostrar. Rosa chora, diz que podia ter descontado sua raiva quebrando a televisão, quebrando algo dela, podia ter reagido de tantas formas, mas agrediu sua companheira. Ainda se sente muito culpada por isso. Chegou a escrever para Carina, pedindo perdão. Mesmo com o perdão da companheira, isso não saía da cabeça (sic). Além deste episódio, lembra que tentou jogar uma funcionária do prédio da penitenciária, o que me levou a pensar que Rosa tinha rompantes de raiva.

Após um desses episódios de descontrole, Rosa foi transferida para o manicômio judiciário, onde ficou por um tempo. Ao ser transferida, deram-lhe alguns remédios, mas ela se recusou a tomar. Foi, então, contida e recebeu uma injeção à força. Rosa descreveu e encenou a situação trágica: ficou um funcionário em cada braço e em cada perna, puxando-a. Estava como “Cristo na Cruz” (sic) e foi colocada num quarto onde não podia ter nenhuma peça de roupa, nem calcinha, uma cena de horror... Sobre sua passagem traumática por essa instituição, Rosa mencionou que fez amigas, trazendo um contraponto para a violência que havia vivido.

Sobre sua passagem pela prisão, Tais, profissional de referência de Rosa, comentou que ela foi presa com uma pena leve em uma penitenciária de baixo nível de segurança e controle. Porém, ao se envolver em situações como, por exemplo, uma rebelião em que Rosa e outras mulheres colocaram fogo na prisão, sua pena foi aumentando e foi sendo transferida para penitenciárias de maior nível de segurança, tendo ficado inclusive em solitária.

Dentre as muitas histórias relatadas, nem sempre de forma linear, Rosa contou que se tornou mãe aos 20 anos e sua filha tem hoje 21 anos. Enquanto falava da filha, Rosa ficou ainda mais agitada e confusa. Em meio a um embolado de falas, ela disse que não tinha como sustentar a filha e começou a se prostituir para conseguir dinheiro. Refere uma ocasião, em que foi abordada por uma assistente social, acompanhada de outra pessoa. Enquanto Rosa e a assistente conversavam, a outra mulher pediu para segurar no colo a sua filha. Neste momento do seu relato, Rosa pegou sua bolsa e encenou a moça pegando sua bebê no colo. Disse que ao pegar a bebê, a mulher saiu correndo. Rosa começou a gritar desesperada e a assistente social, tentando acalmá-la, disse que ia ser melhor assim e que depois ela poderia lutar para ter a filha de volta, o que nunca aconteceu. Quando tentei explorar mais essa experiência, Rosa mudou de assunto, comunicando, assim, tanto a intensidade do trauma quanto sua indisposição para seguir naquele assunto.

Rosa foi batizada na igreja universal dentro da cadeia. Durante seu relato, ora dizia que foi esse batizado que a “levou para o mal caminho”, ora que tinha sido o vício no cigarro. Rosa chegou a afirmar que antes tinha a cabeça no lugar, mas que depois que perdeu a fé, tudo mudou. Seus gestos acompanhavam a fala, apontando o peito, referindo a alma, o que me fez concluir que a fé que dizia ter perdido era algo como uma esperança na vida. Por diversas vezes, mencionou que a “cabeça ficava cheia, a ponto de explodir”. Perguntei se ela sentia muita raiva, Rosa confirmou: “Muita!!”.

Segundo Rosa, ela vivia há três anos na moradia²⁴ que era assistida pelo CAPS onde faz tratamento. Como os serviços seguem a lógica da territorialidade, acolhendo pessoas daquela

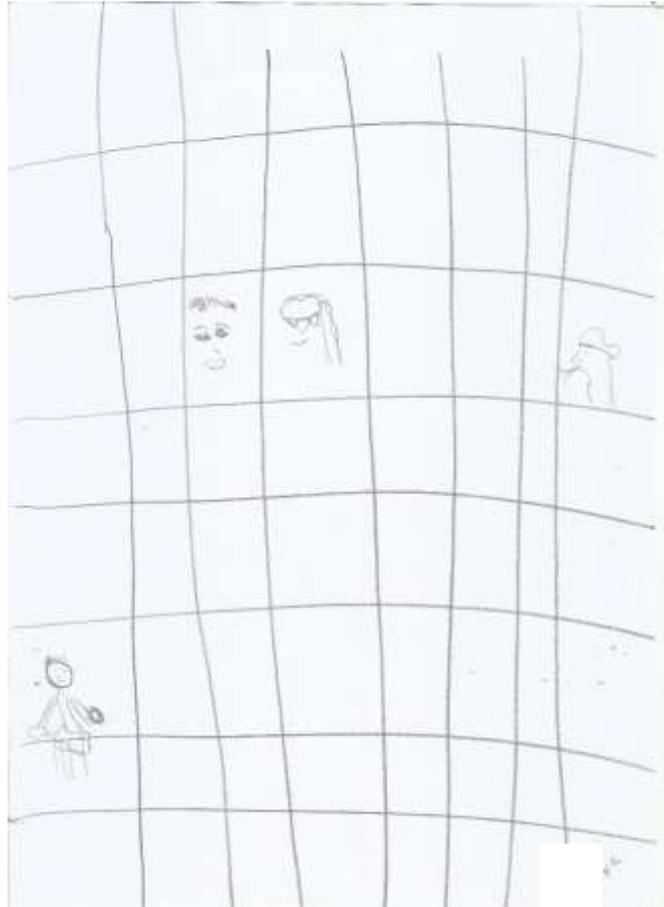
²⁴ Trata-se do Serviço Residencial Terapêutico, um serviço público que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É uma casa onde moram pessoas que não têm familiares, nem condições de prover a própria moradia e, ainda, necessitam de assistência para gerenciar o seu dia a dia.

região, perguntei como Rosa foi inserida nesta cidade, buscando saber se ela tinha algum vínculo, mas ela desconversou apenas comentando que passou por ali quando criança.

Rosa resgata o passado, enquanto mencionava as muitas medicações psicotrópicas que tomava. Relatou que era magra, tinha um corpo bonito, não era a “monstrona” (sic) que é hoje. Neste momento, Rosa puxa a camiseta e mostra a barriga, demonstrando muita insatisfação. Senti um pesar ao imaginar a moça bonita que descreveu, degradando-se com o tempo e com o sofrimento de uma vida difícil e vulnerável. Rosa tinha uma barriga grande, o que me fez pensar no corpo como testemunha dos maus tratos ao longo da vida...

Assim que percebi uma pausa em seu relato, propus uma atividade (PDE-Tema), ao que ela se animou. Ofereci os lápis e a borracha. Ela perguntou se eu não tinha régua, respondi que não. Entreguei a folha sulfite e Rosa perguntou se podia desenhar o que quisesse. Eu perguntei se poderia desenhar uma mulher em tratamento no CAPS. Logo concordou, mas questionou se podia ser na prisão, eu confirmei que poderia ser como ela quisesse.

Neste momento, Rosa disse que estava com sede e perguntou se eu poderia buscar água na garrafinha dela. Eu disse que sim e fui me encaminhando para sair do ateliê. Rosa percebeu e disse que tinha água no banheiro, mas eu falei que buscaria do filtro. Enquanto eu descia do ateliê, percebi que minha cabeça estava a mil. Pensei que eu a havia deixado sozinha no ateliê – um local cheio de materiais diversos – o que poderia ser perigoso. Tratei de me apressar. Concluí que pela sua reação, Rosa costumava tomar água da torneira e que fui ingênua ao oferecer água filtrada. Ao voltar, me senti um pouco constrangida, acabei justificando a água fresca porque estava calor. Encontrei Rosa tranquila e concentrada no desenho, agradeceu a água e foi tomando. Contou que desenhava a si mesma e a Carina, companheira a quem agrediu na prisão. Mostrou que estava brava, parecendo referir-se à situação em que se descontrolou. Também desenhava um guarda fumando um cigarro e uma criança jogando bola, conforme mostra o desenho a seguir:



Quando eu pedi que contasse uma história sobre a figura desenhada, Rosa escreveu com muita dificuldade. Pareceu se esforçar muito. Corrigiu, apagou e escreveu de novo, lendo diversas vezes para avaliar o resultado. Rosa escreveu a seguinte história:

Este desenho! Foi feito c/ muito carinho! Carina E Eu! Um homem E um garoto jogando! Na cadeia, é assim! É cada, um por se, E Deus por todos, mais o que pegar p/ mim Pega p/ Todos!!! E tendo ao menos cigarro já vamos chegando!

Ao final, perguntou se ela não estava “caguetando” (sic) alguém com este desenho, e eu a assegurei sobre os cuidados com o sigilo na pesquisa.

Ao terminar o PDE-Tema, Rosa disse que ia sair e foi se levantando, mas antes pediu licença para ir ao banheiro ali mesmo no ateliê. Quando saiu do banheiro, continuou completando as histórias que tinha contado. Ainda em pé, enquanto falava, começou a pegar suas coisas e, dentre elas, um lenço com a bandeira do Brasil que decidiu me ofertar como presente. Eu disse que ela ficasse com o lenço, que já estava grata pela sua atenção. Ela insistiu e, então, aceitei o presente. Ao nos despedirmos, perguntei se poderíamos nos encontrar para uma segunda entrevista e ela concordou.

Quando eu estava me preparando para sair do CAPS, Rosa entrou na sala de equipe e perguntou se eu tinha mostrado o seu desenho para o profissional que estava ali. Diante da minha negativa, ela pediu que eu o mostrasse. Apesar da surpresa, achei que era importante atender ao seu pedido. Rosa comentou com o profissional que gostaria de ter rimado o final da história e revelou que já havia pensado em ser *rapper*. Um sonho que me soou como um sinal de esperança...

Após sair do CAPS, observei que me sentia muito cansada. Imaginei que o estado de extrema sonolência que se apossou de mim era resultado da intensidade daquele encontro com Rosa.

Entrevista 2

Após a primeira entrevista, Rosa se mostrou mais angustiada e agitada, o que segundo a Tais, sua profissional de referência, expressava a mobilização emocional decorrente de sua participação na entrevista. Diante disso, ficou acordado com a Tais e a equipe do CAPS que a segunda entrevista só ocorreria depois que avaliassem o bem-estar de Rosa. Sem ter ainda uma confirmação de que a entrevista tinha sido liberada, fui ao CAPS na data agendada.

Naquele dia, enquanto aguardava para saber se Rosa estaria disponível, escutei gritos de dentro da unidade do CAPS, que ecoavam na garagem onde eu estava à espera. Sem saber o que estava acontecendo, imaginei que alguém pudesse estar em crise, talvez precisando de contenção física. Ao entrar no CAPS, o clima na sala de equipe também era de desorganização. Enquanto aguardava ali fui tomada pelas lembranças dos meus anos de prática institucional.

Após algum tempo, Tais confirmou que Rosa estava disponível para a entrevista. Fui, então, ao seu encontro. Já no ateliê, Rosa perguntou se poderia retirar a máscara, mas percebendo que eu estava sem jeito, ela falou que era melhor manter. Eu comentei que ela podia retirar, pois eu ficaria de máscara e estaria protegendo a ela e a mim. Rosa respondeu que o melhor a fazer era manter a máscara, que era o certo.

Em seguida, Rosa comenta sobre minha intenção de reencontrar com ela nessa segunda entrevista, demonstrando surpresa com o meu interesse. Eu reafirmei que ela estava me ajudando ao compartilhar sua história. Rosa se mostrou entusiasmada com a ideia de que estava contribuindo com minha pesquisa. Soube depois, pela Tais, que sentir que está ajudando as pessoas é um valor para Rosa.

Ela segue seu relato contando que, antes da entrevista, estava na festa de despedida da psicóloga, a mesma que mencionara na primeira entrevista. Rosa logo se desculpa por não ter trazido “comida de festa” para mim. Eu disse que não tinha problema, mas ela, ainda insatisfeita, pergunta se eu não estava com fome. E explica que nem conseguiu comer direito, pois estava chateada com a saída da psicóloga. Passa a relatar as dificuldades de sua vida. Fala da falta de dinheiro e, para exemplificar, lembra de uma vez em que saiu para tomar um sorvete, mas quando viu uma pessoa vendendo brincos e pulseiras ali perto não resistiu e comprou, ficando sem dinheiro para o sorvete.

Rosa emendou essa história em outras, interrompendo o fluxo quando se deparou com uma lembrança que a envergonhava. Rosa hesita, eu a encorajo a contar, ela argumenta que

achava melhor não contar, que eu podia sentir ânsia, o que foi instalando um clima de tensão. Apesar disso, ela contou, amargurada, que para conseguir drogas, ela “chupava o cu” (sic) de homens. Tinha um homem que dava drogas para ela, sem pedir nada em troca, mas, normalmente, ela prestava esses “serviços”. Percebi pelo tom de seu relato como sentia que compartilhava algo muito degradante...

Rosa retoma a situação em que perdeu a filha, Maria. A menina tinha poucos dias de vida quando foi levada pela assistente social. Rosa foi ficando mais angustiada e disse que não queria mais conversar. Reconhecendo o seu estado emocional e que conversar sobre determinados assuntos estava difícil para Rosa, perguntei o que ela achava de fazermos uma atividade. Ela aceitou. Quando entrego o papel sulfite, Rosa pergunta se poderia desenhar o que quisesse – o mesmo questionamento da primeira entrevista. Desta vez, confirmo que poderia desenhar o que quisesse, dando espaço para algo que estivesse querendo me comunicar, quem sabe desde a primeira entrevista. Então pergunta se eu tenho giz de cera, digo que não, mas que tenho lápis de cor. Coloco todo o material em cima da mesa – lápis grafite e de cor, borracha, papel sulfite e uma prancheta.

Rosa pega a prancheta, prende o papel sulfite e avisa que vai desenhar o que ela mais gosta. Em seguida, começou a desenhar um céu. Fez várias nuvens e arco-íris, que as ligavam entre si. Depois desenhou um sol sorridente, uma árvore e algumas flores. Assinou com seu nome e seu apelido. Pergunto o que ela mais gosta no desenho e ela responde: “a natureza!”. Contou que gosta de “fumar um” (sic), fazendo um gesto com a mão que sugeria um cigarro de maconha, enquanto olha a vista, a natureza. Segue o desenho de Rosa:



Conversamos mais um pouco. Rosa conta que interrompeu seus estudos na quarta série e que não sabia fazer algumas contas. Então, pede que eu coloque no papel uma conta para ela resolver, a título de demonstração. Pego um papel sulfite e anoto uma conta. Ela resolve e pede outra. Acertou todas que propus e já explica que tem mais dificuldade nas contas de divisão e de subtração, bem aquelas que eu não tinha proposto.

Quando nos aproximávamos do final da entrevista, expliquei para Rosa que eu precisava preencher um formulário com alguns dados dela e também conversar sobre um termo para incluí-la como participante da minha pesquisa. Tendo completado os dados do formulário com dificuldade, Rosa começou a ler o TCLE e logo se identificou com o termo ‘sofrimento feminino’, comentando que sabia sobre isso. Rosa perguntou por que o Termo falava de pandemia, eu expliquei que diante da situação que estávamos passando, a entrevista poderia ser

virtual, caso a pandemia se agravasse de novo. Ela, aparentemente, aceitou e continuou lendo. Com ar de desconfiança, ao ver o nome da minha universidade, Rosa pareceu associar com o hospital, sendo levada a terríveis lembranças do passado. Misturando-se a essas memórias, perguntou se teria que tomar injeção de novo. Eu procurei ser simples e direta, dizendo que aquele era apenas meu local de estudo. Ela perguntou novamente se não seria medicada e, ao receber uma resposta negativa, tranquilizou-se, o que veio a se revelar diferente depois da entrevista.

Ao final, agradei a Rosa pela sua disponibilidade, valorizando mais uma vez sua ajuda na minha pesquisa. Ela pareceu se sentir orgulhosa de sua participação. Disse que queria me dar um presente e eu a lembrei de que já tinha me dado um presente na primeira entrevista, e que estava guardado comigo. Ela perguntou o que era e eu mostrei a bandeira do Brasil que estava na minha bolsa. Ela se lembrou e, então, nos despedimos.

Quando eu estava indo embora do CAPS, Rosa veio ao meu encontro e da Tais, sua profissional de referência, perguntando se ela havia assinado sua alta do CAPS. Pareceu que assinar o TCLE misturou-se com algo nesse sentido. Eu respondi que não, mas Rosa começou a ficar agitada e agressiva. Quase agrediu outra usuária que passou do seu lado naquele momento. Tais interveio na situação, levando Rosa para sentar-se na sala de equipe. Ela estava nervosa, falava alto... Eu aguardei para ver se podia ajudar em algo, mas outra profissional da equipe me alertou sobre a instabilidade de Rosa em diversas situações, sendo uma cena corriqueira. Tranquilizou-me dizendo que ela logo se acalmaria.

Mais tarde, Tais confirmou que essa oscilação era comum. Comentou que Rosa tinha escutado vozes que disseram que ela teria que sair do CAPS. Tais precisou esclarecer e tranquilizar a paciente. Depois Tais me explicou que Rosa não se sente merecedora de ser cuidada nos serviços, angústia que logo a deixa em estado de desconfiança.

Entrevista 3

Ao perguntar à profissional de referência de Rosa, o que a motivou a indicar aquela paciente para essa pesquisa, Tais explica que ela era uma paciente de difícil manejo, que costumava causar uma contratransferência negativa na equipe, embora isso tenha melhorado ao longo dos últimos anos. Ela comentou, ainda, que além de ser mulher e louca, Rosa era uma ex-presidiária, e assim carregava diversos estigmas. Somado a isso, Rosa falava abertamente da sua sexualidade, como o fato de ter relações sexuais em troca de dinheiro, o que impactava emocional e moralmente os profissionais que a atendiam e evidentemente o seu manejo. Taís completou dizendo que muitas das questões de Rosa envolviam sua condição de mulher.

Soube por Taís que, alguns meses depois das duas primeiras entrevistas, Rosa estava mais estável e mais organizada, de modo que se tornou possível realizar uma terceira entrevista. Rosa foi consultada sobre a sua disponibilidade para mais um encontro e aceitou.

Quando nos reencontramos, Rosa me abraçou e perguntou o que eu queria falar com ela. Convidei-a para uma sala mais reservada. Notei que Rosa estava com o cabelo diferente, tinha tingido de azul. Como já havia feito antes, Rosa deu um colar para uma usuária enquanto estávamos a caminho da sala.

Ao nos sentarmos para iniciar a entrevista, Rosa relatou que tinha agredido uma colega da sua casa. Contou que se tratava de uma mulher idosa que tinha uma deficiência: não tinha um seio. Disse que a mulher a irritou e que não conseguiu se segurar. Comentou que a Tais ainda não sabia do ocorrido e que ia ficar brava, porque ela tinha prometido que não iria agredir mais ninguém. Rosa estava preocupada por ter descumprido sua promessa.

Comentou também que recentemente quebrou os vidros do CAPS, em mais um de seus rompantes de raiva, e que ia ter que pagar um por um. Fez um orçamento, mas ainda não sabia

como arcaria com os gastos. Embora tivesse o benefício²⁵ do governo, estava cheia de dívidas. Rosa estava devendo um caldo de cana, por exemplo. Naquele momento, ela se lembrou que não podia mais entrar na padaria do bairro, porque no passado já havia tentado furto algo de lá.

Em seguida, Rosa tirou vários chaveiros da bolsa que ela comprou para doar. Ela me mostrou e disse para eu escolher um. Eu agradeci, mas recusei a oferta, enfatizando que ela já havia me dado um presente, que podia ficar com os chaveiros para doar para outras pessoas.

No meio da entrevista, uma usuária invadiu a janela querendo pedir algo para Rosa. Eu tentei intervir dizendo que elas poderiam conversar quando ela saísse da sala, mas a mulher só foi embora quando Rosa disse que estava ocupada. Percebi como ela estava diferente nesta entrevista, pareceu-me mais organizada emocionalmente e menos agitada.

Assim que coloquei o papel e os lápis em cima da mesa, Rosa perguntou se eu queria que ela desenhasse, provavelmente referindo as outras entrevistas. Eu disse que ia deixar o material ali caso ela sentisse vontade. Prontamente, pegou o papel e avisou que ia desenhar um coração. Como ela não tinha lápis de cor, perguntou se eu podia dar os meus. Respondi que não poderia dar, pois senão eu ficaria sem. Percebi neste momento que assim como Rosa tentava presentear as pessoas o tempo todo, ela também solicitava “presentes” dos outros.

Enquanto ela desenhava e pintava o coração, lembrou de uma música das Chiquititas, “do coração com buracos”. Imaginei que seria o coração dela, todo machucado por condições de vida tão precárias... Rosa escreveu um recado no desenho, que dizia: *“Este desenho que é feito com muito amor e carinho dedicado a minha filha Maria que eu amo. Ass. Rosa”*²⁶.

²⁵ Trata-se de auxílio fornecido pelo Estado às pessoas com transtornos mentais graves que tenham empecilhos para trabalhar e que não sejam sustentadas por familiares.

²⁶ Foi ocultado do desenho a data da entrevista, a assinatura de Rosa e o nome completo de sua filha como forma de manter a confidencialidade.



Em seguida, Rosa pediu que eu ficasse com o desenho para entregá-lo para sua filha, caso eu viesse a encontrá-la. Senti, naquele momento, uma profunda angústia ao entrar em contato com sua dor, sua perda, essa mãe sem filha...

Rosa retoma o episódio em que foi separada da filha. Estava morando em uma casa, cuja descrição me fez pensar em um bordel. Mas, depois, em conversa com a Tais, compreendi que ela se referiu a um abrigo onde estava morando desde que ficou grávida. Rosa teve um desentendimento com uma pessoa nesta casa-abrigo e, dada a confusão criada, precisou deixar o lugar. Tais esclareceu o motivo da confusão. Rosa tinha ficado frustrada por ter sido impedida de participar de um passeio por estar com a filha recém-nascida e acabou queimando seus documentos. Rosa foi então expulsa do abrigo e foi a partir disso que perdeu a guarda da filha.

Tais salientou o quanto Rosa ficou vulnerável com mais essa perda, pois sua mãe havia falecido há pouco tempo.

No passado, Rosa havia participado de uma rebelião em que as detentas atearam fogo à cadeia. Depois da terceira entrevista, soube por Tais que Rosa tinha incendiado a cortina da casa onde morava. Fiquei pensando na raiva que a incendiava e na dificuldade de controlar os impulsos. Depois desse evento, Rosa ficou em leito-noite²⁷ no CAPS.

Voltando à perda da filha, Rosa referiu as péssimas condições em que ficou, não podia visitar a filha no abrigo, pois estava suja e precisava trocar de roupa. Certo dia, enquanto pedia ajuda na rua, ouviu alguém dizer que ela era “um lixo humano” (sic). Tomada pela revolta, Rosa roubou o relógio de alguém que por ali passava. Policiais que estavam por perto perceberam a situação, ela tentou fugir, jogou o relógio dentro de uma casa para despistá-los, mas acabou sendo detida ficando reclusa por mais de 10 anos. Embora não tenha mais buscado a filha, Rosa ainda pensa muito nela. Fica angustiada com essas lembranças e afirma que gostaria de esquecer o passado.

Tais confirmou que Rosa não entendia o motivo pelo qual havia perdido a guarda da filha, pois achava que tinha condições de cuidar da criança. Rosa morou na rua com sua mãe. Chamou a minha atenção o fato de que apesar do transtorno mental da mãe, Rosa achava que a mãe havia realmente cuidado dela. Talvez Rosa tenha pensado em fazer o mesmo, na condição de mãe-andarilha. A equipe do CAPS tentou encontrar a filha de Rosa, porém sem sucesso. Tais avalia o sofrimento de Rosa pelas inúmeras vezes que se dirigiu a uma mulher que chegava ao CAPS, com a idade aproximada à de sua filha, para perguntar se era a Maria.

²⁷ Leito-noite é um recurso dos CAPS que funcionam 24 horas/dia. São leitos de atenção à crise no próprio serviço do CAPS em que a pessoa é cuidada pela mesma equipe que a acompanha, o que normalmente contribui para a melhora.

Rosa disse que estava sentido vontade de escrever, o que me fez pensar nas tantas coisas que Rosa perdeu, nas oportunidades que não teve em sua vida, como de estudar dignamente. Rosa demonstrou que queria finalizar a entrevista, dizendo que já estava bom. Eu agradei sua participação e atenção. Rosa me abraçou, eu retribuí seu afeto.

Bem me quer, mal me quer

Entrevista 1

Como cheguei um pouco antes do horário agendado para a entrevista com Margarida, aguardei na garagem do CAPS onde ficam dispostas algumas cadeiras. Logo depois, chegou uma mulher vestindo roupas leves e apropriadas para a temperatura de uma tarde de verão. Observei que o cabelo estava preso formando um bonito coque. Ela usava um colar, estilo gargantilha. Logo pensei que se tratava de uma mulher vaidosa. Chegou dizendo para o guarda do CAPS que tinha horário agendado, mas não sabia com quem ia conversar. Imaginei que ela deveria ser a Margarida. Em seguida, o Cesar, profissional de referência dela, apareceu para me apresentar a ela. Convidei-a a conversarmos em uma sala e ela aceitou prontamente. Cesar nos levou até uma sala e, gentilmente, entregou um copo de água para cada uma de nós.

Assim que nos acomodamos, Margarida pergunta sobre o que eu gostaria de conversar com ela. Eu me apresentei como pesquisadora psicóloga, falei sobre meu interesse no tema do sofrimento feminino, buscando contextualizar aquele encontro e explicar como seria a entrevista. Perguntei, então, o que ela imaginava que aconteceu na sua vida para estar no CAPS. Para minha surpresa, Margarida desatou a chorar... Eu retirei a caixa de lenços de papel da bolsa e coloquei sobre a mesa. Ela pegou um lenço, enxugou as lágrimas, recuperou o fôlego e disse: “Não vou conseguir falar”.

Eu, comovida com tamanha sensibilidade, aguardei para saber o que era melhor dizer. Enquanto isso pensei que não haveria problema se ela não conseguisse conversar. Estava sentindo que a pergunta que fiz havia tocado em algo profundo demais para um primeiro encontro.

Depois de uns minutos em silêncio, enquanto eu avaliava se deveria adiar aquela conversa, Margarida começa a contar sua história. Inicia o seu relato dizendo que, aos 18 anos, mudou de estado para morar na casa da tia, mas com a autorização dos pais. E lá, conheceu um moço. Foi assim que Margarida começou a responder a minha pergunta, discorrendo sobre sua vida amorosa, o que me pareceu significativo. Eles namoraram e se casaram, o que levou Margarida a nova mudança de cidade e ao afastamento de sua tia. Tiveram um filho, o Francisco, mas logo se separaram. Como perdeu o contato e o apoio do ex-marido, precisou criar o filho sozinha. Sem rede de apoio, Margarida não tinha com quem deixar o menino e teve que levá-lo algumas vezes para o trabalho: “Foi uma luta!”. Margarida encerra o triste relato de seu primeiro amor contando que o ex-marido se casou com sua melhor amiga.

Depois, Margarida namorou uma segunda pessoa por 5 anos. Moravam em casas separadas e não chegaram a se casar. Esse namoro não parece ter trazido grandes benefícios para ela. Depois, quando trabalhava em uma grande empresa, Margarida começou a namorar o Pedro, um colega de trabalho. Eles permaneceram casados por 15 anos. O casal chegou a morar no exterior, em função do trabalho do marido, e Margarida precisou aprender outro idioma. Nesse ponto do relato, Margarida referia as conquistas alcançadas e se descrevia como uma pessoa alegre e sorridente. Porém, isso foi mudando e, de repente, “foi batendo uma tristeza...” Margarida não conseguia identificar o que a afligia. Pouco a pouco o quadro foi ficando mais nítido.

Seu marido gostava de praia e tinha o costume de viajar para o litoral já na quinta-feira, retornando apenas no domingo. Margarida ficava muito triste sem sua companhia. Às vezes, ela não queria voltar do trabalho para casa porque ia ficar sozinha. Esse mal-estar foi crescendo, atingindo seu desempenho no trabalho pelos afastamentos médicos que gerava. Margarida foi, então, demitida. Depois dessa grande perda, dado que o trabalho tinha uma função importante em sua vida, Margarida tentou o suicídio. Foi socorrida e ficou alguns dias internada.

O que se seguiu a esse momento dramático, Margarida refere como o “Dia D” – data que ela lembra de cor – quando Pedro lhe deixou um bilhete avisando que estava indo para a praia. Margarida achou que ele ficaria no litoral durante o fim de semana, como de costume. Mas, desta vez, ele avisou a irmã de Margarida que estava “indo embora de vez”. Foi essa irmã quem lhe deu a notícia de que seu casamento havia chegado ao fim.

Margarida explica que seu marido não aguentou. Cita, inclusive, sua médica psiquiatra dizendo que muitos maridos vão embora, que poucos aguentam enfrentar o adoecimento da esposa. Margarida acrescenta, em tom compreensivo, que não guarda mágoa do marido, fazendo suas as palavras da médica. Por trás dessa aparente aceitação, senti o impacto dessa história de perdas e abandonos. A própria Margarida começa a reconhecer a índole do ex-marido quando este tenta judicialmente ficar com a casa em que ela mora, deixando-a em uma situação muito difícil. Ela percebe que por não estar bem demorou para se dar conta da injustiça, mas que agora se sentia forte para lutar pelo que sabia que tinha direito.

Um tempo depois, Margarida decide visitar sua tia. À noite, quando retornava para sua cidade, foi abordada em uma passarela por um assaltante. Margarida resistiu a entregar sua bolsa, estava preocupada com seus documentos. O ladrão tinha uma faca e, na disputa pela bolsa, ele cortou os dedos de sua mão esquerda. Embora tenha tratado os cortes no centro de saúde, Margarida percebeu que houve um erro de conduta, já que havia perdido os movimentos e a sensibilidade da mão. Acha que se tivesse ido ao hospital antes, não teria perdido os movimentos. Talvez necessitasse de procedimentos cirúrgicos. Margarida chora ao dizer que não pode mais exercer a profissão de que tanto gostava, a estética. Mostra-me que os dedos não dobram e que ela não sente nada. E quando tenta segurar um copo cheio de água, derruba o copo, pois não tem força. Também não consegue cozinhar direito, só coisas básicas. Parece que com a perda da sensibilidade nos dedos, a vida de Margarida também perdeu seu brilho... Além disso, Margarida faz acompanhamento médico para epilepsia, fazendo uso de medicação

controlada. Referiu maior estabilidade, pelo controle das convulsões graves, apresentando apenas um tremor quando não estava bem.

Outra tragédia relatada por Margarida foi a perda de sua irmã para a Covid-19, algo que a estava abalando muito. Imaginei que se tratava de uma irmã próxima e importante para ela. Cesar, seu profissional de referência, observou que o distanciamento afetivo de Margarida piorou depois da perda dessa irmã.

Quanto ao seu sustento, não tem recebido o afastamento a que tem direito. Ao ser demitida quando estava com problemas de saúde, Margarida entrou na justiça contra a empresa, mas ainda não recebeu seus direitos. Seu filho Francisco, que tem 28 anos e mora com ela, está desempregado há um mês, o que a deixa muito angustiada. Ela recebe do ex-marido apenas um salário-mínimo, e está com dificuldade para pagar as contas de água, luz, internet... Não sobra nada. Para ilustrar a precariedade em que vive, Margarida disse que às vezes, dividia um bife para três dias e, ainda, acabava dando a carne para o filho. Ela justifica que não faz mesmo questão de comer carne...

No entanto, voltou a emagrecer. Lembrou de quando “caiu de cama” (sic) e emagreceu muito, chegando a pesar 43kg. Procurou uma foto no celular para mostrar sua magreza anterior, mas encontrou primeiro a fotografia da mão machucada pelo assaltante. Era um registro dos dedos cortados costurados com pontos, o que me causou certo desconforto. Em seguida, mostrou a “prova” de como ficou magra quando estava mal. Porém, o que mais chamou a minha atenção foi o fato de tratar-se de uma “selfie” dela chorando. Fiquei pensando nos motivos que a levaram a eternizar momentos como aquele.

Contou que havia tentado o suicídio por três vezes e, chorando, confessa que achava que o suicídio era a melhor saída. Uma das tentativas de suicídio foi por enforcamento, no seu quintal. Pelo que entendi, ela se jogou com uma corda no pescoço, mas não se asfixiou. Ficou pendurada e, então, pediu ajuda para uma amiga, que a socorreu. Foi até o “fundo do poço”

(sic), mas conseguiu sair. Quando lhe perguntei o que a tinha ajudado a sair, ela disse que foi Deus. Tinha muita fé, costumava ir à missa aos domingos e tinha uma boa relação com o padre, que a apoiava muito.

Ao mesmo tempo em que lamentava sua dor, Margarida se descrevia como uma guerreira, tinha conseguido superar muitos obstáculos, o que trouxe um clima de esperança para nossa conversa. Nesse clima, referiu que tentou se matar três vezes, mas estava ali comigo para contar sua história, o que soava como conquista. Disse que gostava de conversar, não por mensagem ou pelo celular, mas ao vivo.

Ao final da entrevista, Margarida estava emocionada, comentou que chorou tanto que não ia mais chorar naquele dia. Aceitou prontamente meu convite para uma segunda entrevista.

Entrevista 2

Ao entrar no ateliê, a primeira reação de Margarida foi perguntar se era uma sala de aula. Entendi que a pergunta tinha relação com as cadeiras dispostas naquele espaço, inclusive cadeiras com apoio para escrever. Perguntei se nunca tinha ido ao ateliê e ela respondeu que não. Confesso que fiquei surpresa com o fato de Margarida frequentar o CAPS e nunca ter visitado o local. De minha parte, embora estivesse lá como pesquisadora conhecia a organização do serviço da época em que trabalhei como psicóloga em um outro CAPS. Expliquei brevemente à Margarida qual era a finalidade do ateliê. Margarida explica que quando iniciou o tratamento no CAPS estava tão triste que não queria fazer nada, só conseguia conversar e chorar e, por isso, não participou de nenhuma atividade. Ela foi encaminhada para uma ONG do bairro, onde poderia fazer artesanato e outras atividades, mas nunca foi, nem para conhecer.

Margarida começa a contar que uma de suas irmãs fez aniversário no final de semana e que ficou muito triste, porque não pode estar junto com a família. Chora para contar que a irmã

segurou o celular com uma foto de Margarida para aparecer na fotografia da família. Isso desencadeou uma série de lembranças da época em que morava lá, que podia ir à praia em 10 minutos de ônibus, de tão perto que era. Gostava de passar o dia em uma cidade famosa pela sua beleza, e tinha um ônibus que passava cedo e chegava nesta praia em uma hora. Até da comida da sua terra Margarida sente falta. Pareceu-me que, enquanto Margarida resgatava essas lembranças estabelecia-se um clima de esperança, junto ao sentimento de nostalgia.

Talvez instigada pelas boas memórias de sua terra, Margarida volta a chorar e diz que está com muita saudade da família, que já não os vê há dois anos. Desde que começou a pandemia, ela não conseguiu mais visitá-los, seja pelas restrições sanitárias, seja por não ter condições de pagar uma passagem para lá. Enfatizou o quanto estava se sentindo sozinha, por estar longe de toda a família e encontrar apenas com o filho, com quem morava, mas que não interagia muito com ela. Aproveitei para perguntar de seu filho, já que Margarida quase não havia falado dele.

Margarida conta que Francisco tem 28 anos, estava quase terminando o curso de engenharia e já era independente. Ele trabalhou em uma empresa por 5 anos, mas foi mandado embora havia um mês, o que a estava deixando muito preocupada com a situação financeira.

Quanto à interação de que se queixava, Margarida descreve o filho como retraído e de poucas palavras, quase não conversam, nem bem pergunta como a mãe está. Francisco costuma avisar quando sai, mas nunca fala para onde vai. Às vezes, quando sai e vai demorar, o filho avisa Margarida, por mensagem, sem maiores explicações. Certo dia, soube por um amigo do filho que este dava risada, conversava e era muito inteligente. Margarida ficou feliz com o fato de o filho estar bem, mas surpresa por jamais ter visto esse lado dele.

Margarida volta a abordar a questão financeira. Disse que, apesar do filho estar recebendo seguro-desemprego, está rezando para que consiga um novo emprego para ela ficar mais tranquila. Margarida parecia querer ter certeza de que Francisco estaria bem, mesmo em

sua ausência. O que ela estaria planejando? Sem que eu tivesse perguntado, Margarida responde que assim que saísse o benefício do afastamento por problema de saúde, ela iria embora, voltaria para seu estado de origem, onde estavam os seus.

Quando percebi uma pausa no relato de Margarida, perguntei se poderíamos fazer uma atividade. Antes de responder, aguardou para ver minha proposta. Assim que ela viu os materiais e eu pedi que desenhasse uma mulher em tratamento no CAPS, disse: “Não vou conseguir fazer”. Foi esta reação de Margarida que chamou a minha atenção já na primeira entrevista. Ainda assim, aguardei um pouco, percebi que ela estava ficando ansiosa, imaginei que o acidente com a mão esquerda poderia ser mais uma contraindicação para o uso do PDE-Tema. Talvez eu não devesse ter solicitado o desenho. Tentei ajudar, dizendo que ela poderia me descrever o que ela havia imaginado para o desenho, que eu anotaria. Ela concordou. Margarida, então, descreveu o desenho que lhe veio à cabeça:

“Ia desenhar uma mulher com cabelos com duas chiquinhas, sentada com as pernas cruzadas, conversando com o Cesar [profissional de referência], na frente dele. Estava olhando para ele e chorando. Lá na frente, esperando o Cesar vir atender”.

Em seguida, pedi que ela contasse uma história sobre essa figura e Margarida contou:

“Uma mulher feliz que andava sempre sorrindo, alegre e, de repente, começa a ficar triste, chorar. Pessoas que não apoiam, perguntam o que você tem, porque você está chorando. E essa mulher não entendia por que ela só chorava, ela quer encontrar a felicidade, ser feliz, voltar a sorrir, voltar a cantar, soltar os cabelos.”

Ao final da entrevista, quando eu estava preenchendo o Formulário de caracterização das participantes, Margarida contou que estava em tratamento no CAPS há cinco anos. Já tinha passado por duas internações, uma delas por um início de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outra por uma tentativa de suicídio. Antes de procurar o CAPS, tinha feito dois anos de tratamento psiquiátrico particular.

Quando finalizei a entrevista, agradecendo sua participação, Margarida comentou: “Achei que eu não ia chorar hoje. Mas chorei mais aqui do que ontem em casa”, o que reforçou a minha impressão de que Margarida tinha uma vida solitária e que as entrevistas podem ter sido uma oportunidade de conversar com alguém. Essa impressão foi confirmada, de certa forma, ao perguntar para o Cesar o que o motivou a indicar Margarida para participar da pesquisa. Ele explicou que aquela paciente tinha muitas questões associadas ao fato de ser mulher, que era muito sozinha, não tinha com quem conversar, e que faria sentido para ela contar sua história.

Depois, em contato com o prontuário de Margarida, chamou minha atenção o fato dela não ter mencionado nas entrevistas que “escutava vozes”, quando iniciou o tratamento no CAPS. Segundo o registro da sua triagem, “as vozes diziam para ela matar as pessoas e depois se matar”. Imagino que estas seriam as razões pelas quais Margarida fazia uso regular de antipsicótico. Soube, alguns meses depois de encerradas as entrevistas de pesquisa, que Margarida havia tentado novamente o suicídio. Segundo o relato no prontuário, a tentativa ocorreu depois de uma briga com o filho. Margarida se sentiu inútil e disse para o seu psicólogo: “Vou ser mãe de quem?”, o que me remeteu à questão da solidão e do vazio que se seguiu às perdas que viveu. Estava a dizer que, esvaziada de suas funções, nada lhe restava.

Por Margarida apresentar-se mais retraída e por ter conseguido contar sua história de adoecimento nos dois primeiros encontros, optei por realizar apenas essas duas entrevistas, evitando invasões desnecessárias.

O milagre da Camélia

Entrevista 1

Conheci Camélia muito antes de iniciar as suas entrevistas. No primeiro agendamento, ela não compareceu no horário marcado. Chegou ao CAPS bastante atrasada e Renato, seu profissional de referência, já tinha me alertado que seria melhor que ele avaliasse seu estado emocional antes da entrevista. Camélia chegou ao CAPS sem mencionar que estava ali para participar da pesquisa. Observando, em consulta, que ela estava agitada, Renato recomendou que reagendássemos. Quando eu já estava saindo do CAPS, Camélia me abordou perguntando se eu era a pesquisadora que queria conversar com ela. Eu confirmei e disse que poderíamos conversar em outro dia, que eu voltaria na semana seguinte.

Na semana seguinte, assim que cheguei ao CAPS, soube que Camélia estava internada no leito-noite²⁸, recebendo cuidado integral. Renato brincou comigo dizendo que agora eu poderia entrevistá-la. Minutos depois ela apareceu na sala de equipe, socando o vidro e exigindo atendimento. Camélia gritou para Renato se ele ia conversar com ela ou esperar ela morrer. Logo se confirmou que aquele não seria o momento adequado para uma entrevista de pesquisa. Combinamos de aguardar até que a equipe julgasse oportuno o agendamento de uma primeira entrevista.

²⁸ Apesar dos profissionais dos CAPS não usarem o tempo internação ao se referirem ao leito-noite, utilizaremos neste trabalho como forma de deixar evidente, aos leitores que não estejam familiarizados com o campo da saúde mental, que se trata de um recurso terapêutico de retaguarda intensiva, utilizado especialmente em momentos de crise aguda.

Meses depois, Renato me avisou que Camélia tinha tido alta do leito-noite e que já estava em condições de participar da pesquisa, enfatizando que acreditava que seria benéfica sua participação.

Quando cheguei para a entrevista, no dia marcado, Camélia estava na piscina do CAPS. Estava calor e ela aproveitava para se refrescar. Camélia saiu da piscina e me acompanhou até o ateliê para conversarmos. Sugeri que sentássemos e ela perguntou se poderia ficar sem tênis. Eu respondi que sim, que podia ficar à vontade. Ela pegou seu álcool em gel e começou a passar nas mãos, eu avisei que também tinha levado e deixei o frasco em cima da mesa, caso ela precisasse. Ela conta, toda orgulhosa, que colocou o álcool em um frasco com um finalzinho de creme, produzindo assim um álcool perfumado. Em seguida, Camélia anunciou que estava pronta.

Eu me apresentei novamente como pesquisadora psicóloga e disse que gostaria de saber o que ela imaginava que aconteceu na sua vida para estar ali no CAPS. Camélia respondeu de forma calma e serena que aos 18 anos foi estuprada e que teve o filho que era fruto deste estupro. Eu me percebi duplamente impactada com o relato de Camélia: de um lado, imaginar a violência daquela tragédia que a vitimou; de outro, a fala mansa da participante, destituindo o ato de seu afeto.

Quanto à descoberta da gravidez, Camélia disse que o médico que na ocasião a atendeu ajoelhou-se e agradeceu por estar diante de um milagre. Camélia explicou a reação inusitada do médico devido à expectativa de que pudesse estar diante de um câncer. Camélia passou a se referir à gravidez com alegria, chamando seu filho de “meu milagre”, entendendo que ele a salvou e que ainda hoje cuidava dela. Como exemplo do cuidado que recebe, diz que o filho, Danilo, tem 33 anos e sempre liga para saber onde Camélia está e se tem tomado seus remédios. Percebo minha própria confusão diante do relato de Camélia, mas acabo concluindo que, para

além de seu transtorno, o “milagre” foi a forma que encontrou para dar sentido e, conseqüentemente, aceitar aquela experiência desagregadora – o estupro seguido de gravidez.

Quando Camélia foi estuprada, seu pai começou a pagar um convênio médico. A princípio fiquei com a impressão de que o seu sofrimento emocional tivesse motivado o pai a adquirir este recurso, mas depois considerei que a necessidade de acompanhamento pré-natal e o futuro parto podem ter desempenhado um papel importante na decisão do pai. Aqui me dou conta de como a maternidade e o adoecimento mental podem se entrecruzar em arranjos imprevisíveis.

Antes de iniciar o tratamento no CAPS em 2005, Camélia passou por internações de longa duração em diversos manicômios, o que me levou a pensar na gravidade de seu sofrimento psíquico, a despeito da leveza com que ela o relatava. Tratava-se de uma longa jornada de adoecimento mental e institucionalização. Camélia explica que não precisaria fazer tratamento no CAPS, já que tem convênio, mas que os profissionais do CAPS se recusam a lhe dar alta, além de dificultar a transferência do tratamento para seu psiquiatra quando se negam a fornecer seu prontuário ao médico do convênio. Como justificativa para a insistência do CAPS em mantê-la como paciente, Camélia argumenta que seu caso interessa aos profissionais, na medida em que têm muito a aprender com ela. Além disso, assevera que o CAPS prefere mantê-la como paciente porque ganha por atendimento realizado. Me pego pensando sobre a necessidade de mecanismos de defesa potentes diante de angústias intoleráveis.

Quando seu pai faleceu de doença de Chagas, Camélia perdeu o chão e precisou ser internada, momento da entrevista em que ela assumiu o sofrimento declaradamente. Disse que seu pai a protegia muito. Lembrou-se dos bailes que frequentava acompanhada do pai, que não deixava que ninguém a tirasse para dançar. Um conhecido lhe disse que os meninos queriam dançar com ela e até namorar, mas que seu pai impedia. Percebendo a honra com que me

contava essa situação, fiquei surpresa ao saber que se orgulhava da proteção do pai e não pelo fato de ser desejada pelos rapazes.

Sobre a relação com sua mãe, Camélia a descreve como conflituosa alegando falta de compreensão materna. Camélia conta que, no momento do estupro, escutou a voz da mãe e que, depois disso, a lembrança traumática desta violência retornava sempre que a mãe falava com ela. Nessas ocasiões, Camélia ficava nervosa, agredia sua mãe, e era agredida de volta. Li em seu prontuário que Camélia tentava matar sua mãe com faca e outros objetos quando estava em crise. Apesar disso, Camélia cuidou da mãe, que sofria de câncer, até o dia em que esta morreu em seus braços. Sinto que Camélia me leva pelos tortuosos caminhos que a relação mãe-filha pode tomar.

Outra perda que Camélia referiu foi a morte de um dos seus quatro irmãos, o Antônio. Chorando, ela falou do afeto que os unia e que eram confidentes. Percebi que este foi o momento em que Camélia mais se emocionou. Ela contou, com muita mágoa, que o seu irmão preferido foi abandonado pelos outros irmãos quando adoeceu de câncer na garganta. Segundo Camélia, Antônio sofreu algumas perdas que o levaram a beber e fumar muito. Ela foi a única que o acompanhou, quando estava internado no hospital. Em seu leito de morte, Camélia pediu perdão ao irmão pelas brigas que tiveram no passado, mas Antônio não aceitou seu pedido de desculpa. Outro giro na história de Camélia que me deixou confusa quanto a relação fraterna ser marcada pelo companheirismo ou pelo rancor.

Associando sobre o tema da internação, Camélia conta que teve infecção hospitalar quando estava cuidando do seu irmão e, mais recentemente, teve Covid. Sobre ter se recuperado nessas situações, Camélia conclui que como ela não é ruim, ela não morre. Depois de inverter o sentido do ditado popular “Vaso ruim não quebra”, Camélia refere que chegou a ser internada por ter apanhado no CAPS. Só pude compreender este episódio depois de falar com o Renato, o profissional de referência, que explicou o modo como a paciente vivenciou uma situação de

contenção mecânica²⁹. E seguindo o seu fio de sentido, Camélia me conta que seu ortopedista tinha avisado que se isso ocorresse mais uma vez, ele mesmo iria ao CAPS para bater em quem quer que a tenha agredido. Percebo o surgimento de nova figura masculina protetora em seu relato – o ortopedista que se junta ao psiquiatra do convênio e, em última análise, ao pai. Apesar disso, ela se queixa de que os médicos não a escutam, trocam sua medicação, escolhem remédios que não fazem bem a ela, oscilando entre as figuras masculinas protetoras e as persecutórias...

Camélia segue ilustrando sua crença de que não deveria estar no CAPS. Ao psiquiatra do convênio e ao ortopedista se juntaram a figura de uma psicóloga recém-saída do CAPS que segundo Camélia concordava com sua saída do serviço, além do profissional de uma ONG, que a tratava com homeopatia e acupuntura, que lhe disse que ela não era louca e que não deveria tomar todos aqueles remédios. Camélia menciona os pacientes que ficavam no leito-noite, descrevendo-os como espíritos sensíveis (sic), que faziam uma limpeza no local, pois havia pessoas que se mataram ali no CAPS e que não se desprendiam facilmente de lá.

Quando conversamos sobre o seu processo de adoecimento, Camélia disse que o mundo estava em guerra desde Adão e Eva, que aquela era uma guerra entre o mundo material e o espiritual. O que pude compreender da “guerra espiritual” que Camélia travava consigo e com os outros como a imagem narrativa que construiu para dar sentido à oscilação de humor da qual era vítima. A sua guerra era contra o diagnóstico de transtorno bipolar que recebera e não aceitava. Passou boa parte da entrevista defendendo a ideia de que sofrera muitos traumas e perdas e que não se considerava bipolar.

²⁹ Contenção mecânica é uma medida terapêutica utilizada para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou a terceiros.

Segundo o Renato, Camélia tem pouca crítica e nega sua condição psíquica, além de não aderir completamente ao tratamento medicamentoso, comprometendo sua saúde e bem-estar. Além disso, soube que quando não estava em crise, evitava falar de si. Apesar disso, ela conta um pouco mais sobre sua vida pessoal.

Camélia mora na casa que um dia foi de seus pais. No mesmo terreno, moravam seu filho, seus netos e sua nora, que a chamava de “bruxa”. Uma vez, Camélia ajudou a organizar uma festa-surpresa para um dos seus irmãos. No dia da comemoração, ela ficou esperando o Danilo chegar para irem juntos à festa. Quando o filho chegou em casa, ela estava deitada no quintal, em um colchão, com seus cachorros. Danilo ficou bravo e, puxando o colchão com força, comunicou que não iriam mais ao aniversário. Ela caiu no chão e machucou o braço. Em seguida, se levantou, tomou um remédio e foi para a cama dormir. Camélia comenta que o filho é autoritário em alguns momentos, já a puxou pelo braço, machucando-a. Minha impressão de que a relação de Camélia com o filho e a nora, Vanessa, era bastante conflituosa foi confirmada em conversa com Renato. Soube que Camélia havia rompido a relação com Vanessa durante uma de suas crises, além do fato de que seu filho foi criado por sua mãe, a avó de Danilo.

Em relação a sua vida ocupacional, Camélia trabalhou como telefonista em uma antiga rede de taxis. Nesta empresa, ela namorou alguns colegas de trabalho. Sobre um deles, comentou com pesar que ela o “deixou escapar” (sic). Ele era um “bom namorado”, mas se mudou para outra cidade e nunca mais se viram. Este foi o único momento em que Camélia se referiu a relacionamentos amorosos.

Ao final desta entrevista, senti como se estivesse diante de um grande quebra-cabeças, do qual faltavam algumas peças enquanto outras, apesar de encaixarem no todo, respondiam a uma outra lógica. Senti-me confusa e cansada daquele esforço que Camélia e eu fazíamos para encontrar sentido nas experiências que viveu.

Entrevista 2

Enquanto Camélia e eu caminhávamos para o ateliê onde seria a entrevista, ela me contou que naquele dia tinha perdido a hora e estava sonolenta. Falou que precisava falar com seu médico sobre isso, já que um dia acordou às quatro da tarde...

Entramos no ateliê, arrumei as cadeiras junto a uma mesa enquanto Camélia foi ao banheiro. Quando nos sentamos, perguntei sobre a sonolência de que acabara de queixar-se. Embora tivesse perdido a hora, conseguiu chegar a tempo de participar de um grupo de mulheres no CAPS. Saiu de casa com tanta pressa que até errou os sapatos, deveria estar de tênis para a caminhada que fazia ao sair do CAPS.

Depois dessa primeira interação, Camélia me olhou e disse: “Então vamos ao que interessa”, o que me surpreendeu. Enquanto eu pensava no que dizer, ela já foi dizendo que ela e o filho não estavam bem. Danilo, achando que ela tinha parado de tomar os remédios, proibiu Camélia de ver os netos, que moravam no mesmo terreno que ela. Camélia estava sofrendo e sentindo-se punida. Ela observava a neta entrando na perua a caminho da escola, e acenava com um “oi” à distância, respeitando os limites do filho. Mas o clima era de tortura.

Camélia disse que o filho queria que ela fosse mais ao CAPS, mas ela preferia a ONG que frequentava, pois no CAPS as pessoas só reclamam. Então, começa ela mesma a reclamar do serviço, dizendo que era muito difícil conseguir atendimento com os profissionais da equipe, além de ter perdido seus pertences quando ficou internada em leito-noite. Disse que uma enfermeira roubou suas roupas, o que me levou a pensar que a relação de Camélia com o serviço estava permeada pela ambivalência e pela revolta.

Logo em seguida, contou que os irmãos não ligavam para ela, mal respondiam mensagem pelo *WhatsApp*. Lembra com mágoa que eles ofenderam seu irmão que morreu, o Antônio, chamando-o de “pingaiada e maconheiro” (sic). Disse que eles não sabiam o que fez

o irmão usar drogas e não querer mais viver: Antônio tinha sido traído pela esposa, o que desencadeou o abuso de substâncias e o conseqüente adoecimento. Daqui Camélia seguiu uma trilha de acontecimentos familiares preocupantes que tinham como protagonista o seu filho: um deles referia o capotamento do carro de Danilo e todos os eventos que se seguiram para o seu resgate; outro episódio tinha a ver com o fato do filho ter sido sequestrado e assaltado.

De repente, Camélia começa a buscar algo no celular. Me mostra uma foto sua de quando era mais nova. Depois avisa que tinha acabado de achar um vídeo, que ela queria me mostrar, mas como a internet estava lenta demorou a carregar. No vídeo, que estava em outra língua, com legendas em português, uma mulher ensinava como pedir socorro quando se tem um companheiro agressor. A mulher ligava para a polícia para pedir uma pizza. O policial entendia que era um pedido de socorro, pedia o endereço da residência, ela respondia como se estivesse dando o endereço para o entregador. Terminado o vídeo, eu ainda estava sob o impacto do clima de violência. Comento que esse assunto era delicado para ela por ser uma vítima de violência. Ela concorda e acrescenta que no Brasil, a cada segundo, uma mulher morre de feminicídio. Pareceu-me que o estupro sofrido há mais de 30 anos tinha deixado marcas profundas...

Voltando ao estupro, Camélia acredita que uma das pessoas que a violentou foi presa. Conta que foi estuprada por várias pessoas, “um sapatão” (sic) e alguns homens, dentre eles estava o “cara do Passat preto” (sic). Além dele, Camélia disse que um funcionário do CAPS fazia parte dessa gangue. Neste momento, veio à minha mente a ideia de que o CAPS não existia naquela época. Me pus a calcular e concluí que realmente não existia. Depois me dou conta do absurdo de verificar se um profissional de um serviço de saúde mental teria cometido tal violência. Tomada pela cena que ela relatava, me vi acreditando em tudo. Camélia mencionou ainda que um paciente do CAPS lhe disse que participou de seu estupro, cuja veracidade ela não podia testemunhar porque lhe deram uma substância que a “apagou” (sic). No dia seguinte

ao estupro, Camélia acordou em uma vala perto da casa de sua tia. Tinha sido descartada e deixada para morrer.

Sentindo que tinha espaço para propor algo, perguntei se poderíamos fazer uma atividade. Ela ficou curiosa, querendo saber o que seria. Peguei a folha sulfite, uma prancheta, o lápis grafite, os lápis de cor e a borracha. Camélia comentou que aquele lápis grafite era muito bom e que fazia tempo que não usava uma borracha que apagava tão bem. Estava usando apenas aquela antiga, azul e marrom, que mais borrava do que apagava. Resgatou uma lembrança de quando desenhava com lápis grafite. Tive a impressão de que por trás daquele elogio havia uma crítica à qualidade dos materiais da instituição.

Deixei o material sobre a mesa e pedi que Camélia desenhasse uma mulher em tratamento no CAPS. Quis primeiro se certificar se teria liberdade para depois comunicar que pretendia desenhar a si mesma. Camélia ficou bastante concentrada, fez e refez algumas partes, ajustando para o projeto que tinha em mente. Enquanto desenhava, comentei como ela parecia ser detalhista, ela finaliza dizendo que tinha feito curso de estilista. Camélia desenhou uma mulher de macacão. Disse que adorava macacão, ainda mais esses de tecido mais fresquinho, como a blusa que estava usando.

Depois de fazer o desenho todo com lápis grafite, Camélia abriu a caixa de lápis de cor, me olhou e disse: “Só vou contornar viu?!” Quando parecia ter finalizado, percebeu que faltava algo: “Falta um detalhe muito importante!” Então pinta o brinco de azul, igual ao seu, porém mais brilhante. Percebi que ela realmente gostava de desenhar, o que se confirmou em seguida.



Quando Camélia finalizou o desenho, pedi que contasse uma história da figura e perguntei se permitia que eu anotasse a história. Ela concordou e começou sua narrativa:

“Eu, Camélia, sou muito feliz por Deus ter me dado um anjo que se preocupa comigo, fala para os amigos que sou a filha mais velha dele, dou mais trabalho que os caçulas. Este anjo é meu filho Danilo. E por este desenho eu sinto a felicidade de Deus ter me dado o dom de desenhar e fazer artes. Agradeço muito a Deus por estar viva hoje e aos meus protetores, anjos da guarda, que me protegem dia e noite. Muito obrigada, Débora, por você me ouvir e fazer eu me sentir a mesma menina de 14 anos. E, agora, com 53 anos de sabedoria, amor que Deus me deu. Essa é minha missão na Terra: ajudar o próximo.”

Camélia ficou emocionada, enquanto dizia que tinha resgatado sua história com a nossa conversa. Fiquei pensando se naquela viagem por suas memórias, Camélia tinha conseguido revisitar a sua vida, antes de ter sido estuprada, quando talvez não tivesse tantas marcas de sofrimento psíquico intenso. Também me emocionei ao perceber que aquele encontro estava fazendo sentido para ela. Camélia se levantou, veio em minha direção e me abraçou. Retribuí o abraço. Em seguida, fui guardando os materiais enquanto encerrávamos a conversa. Quando nos levantamos, ela me mostrou um quadro, guardado no ateliê, que ganhou de uma artista plástica, mas que ainda não tinha levado para sua casa.

Saí deste encontro impressionada com a mudança na Camélia que encontrei na primeira entrevista, a que precisava provar que não era louca, para uma Camélia já despida de sua armadura, mais aberta, mais afetuosa, mais livre.

Entrevista 3

Ao encontrar com Camélia no CAPS para a terceira entrevista, ela me cumprimentou com entusiasmo, apesar de se queixar de cansaço enquanto nos encaminhávamos para o ateliê. Depois de arrumar a mesa e as cadeiras, ficamos alguns segundos em silêncio, até que Camélia decidiu iniciar seu relato contando que no dia anterior tinha ido ao posto de saúde buscar sua medicação e tomar a terceira dose da vacina contra Covid-19. Relembrou que teve Covid no ano anterior e que não tinha tomado a dose de reforço. Disse que estava com muita dor no braço e sentindo moleza, e me perguntou se eu estava percebendo que ela estava “mole” (sic). Como teve febre à noite, resolveu não trazer seu maiô ao CAPS. Naquele dia não teria piscina...

Camélia estava um pouco mais calada que nos dois encontros anteriores. Foi logo explicando que não tinha muito a dizer, que até queria me contar mais coisas, mas não estava lembrando. Tentei tranquilizá-la, mas Camélia parecia estar chateada com seu estado. Fiquei

pensando se aquele estado de desânimo a incomodava por se assemelhar à depressão, preferindo o estado excitado da euforia.

Por fim, Camélia disse que a única coisa que a estava deixando triste era a privação imposta pelo filho de ver os netos, o que era, em sua opinião, uma forma do filho “judiar” (sic) dela. O filho colocou como condição para que voltasse a ver os netos que ela arrumasse a sua casa. Camélia não gostou nada disso, mas começou pela cozinha, desfazendo-se de tudo que não prestava. Naquele momento, uma ideia veio à minha mente: a casa de uma pessoa acumuladora. Camélia seguia, em seu relato, da cozinha para os objetos de artesanato inúteis que deveriam ser descartados; depois para as roupas. Havia muitas roupas, inclusive do filho. Ela estava separando e mandando fotos de algumas peças para perguntar ao Danilo o que poderia ser doado. Camélia notou que o filho queria ficar apenas com as roupas de marca, porque aí ele faria “rolo” (sic). Camélia me mostrou em seu celular as fotos das bermudas selecionadas pelo filho. Quanto ao resto, podia doar.

Sobre sua casa, Camélia diz que está precisando de reforma, considerando que nunca teve manutenção. Quando pergunto há quanto tempo mora naquela casa, Camélia diz que mora há 53 anos, desde que era pequena. Nasceu em uma cidade vizinha, mas logo foi morar nesta casa, onde ela e seus irmãos foram criados. Fiquei me perguntando sobre a existência de algum arranjo familiar para que Camélia tivesse herdado a casa dos pais, seria por nunca ter saído de lá?

Camélia contou, com ares de ressentimento, que fez um empréstimo em seu nome, para construir a casa do filho no mesmo terreno da sua. Citou, ainda, um segundo empréstimo para que o filho reformasse a própria casa, apesar da reforma não ter acontecido. Camélia percebe que o filho só faz o que é bom para ele. Ele já teve moto no nome dela porque seria mais fácil para ele. Ela conclui que ser mãe era ser “boba” (sic) e que deveria pensar mais em si mesma.

Camélia também se queixou da distância de seus irmãos. Chegou a enviar uma mensagem para um dos irmãos, dizendo que ela era carente desde pequena e que queria encontrar com ele e com os sobrinhos, que estava sentindo a falta deles. Então, Camélia abre o celular para me mostrar a resposta do irmão. Ele a chamou de “Preta” e explicou que eles estavam muito ocupados, que não era nada com ela. Camélia, expressando sua mágoa, rebateu que “tempo para irem ao bar eles tinham”. Ela também tinha mandado uma mensagem para sua cunhada, que respondeu que estava na “ergométrica” e não podia conversar. Ficou evidente a solidão de Camélia, algo que Renato confirmou, sobretudo em relação à falta de uma rede de apoio familiar.

Em contrapartida, Camélia participava de um grupo terapêutico de mulheres no CAPS, cujo nome ela mesma tinha sugerido, e o fez em homenagem às mulheres abolicionistas. O nome do grupo também deu origem a uma atividade de costura que elas fizeram, utilizando tecido. Camélia quis me mostrar a atividade através de um vídeo do *YouTube*. Como seu celular estava sem sinal de internet, ela me pediu para localizar o vídeo no meu celular. Seguindo suas orientações, conseguimos acessar e visualizar o vídeo. Camélia explicou aquela técnica de costura e eu elogiei suas habilidades para o artesanato.

Em seguida, o foco das queixas de Camélia se voltou para o CAPS. Disse que no ateliê havia muitos materiais que não eram usados. Também se lamentou por identificar um processo de precarização do serviço, uma carência de recursos, quadro com o qual eu, como ex-trabalhadora da rede pública de saúde mental, concordo.

Chegando ao final da entrevista, preenchi o Formulário de caracterização das participantes. Chamou a minha atenção a resposta que Camélia deu à pergunta sobre sua raça: Branca. A meu ver, ela tinha traços físicos que se assemelhavam às mulheres negras. Ao ver as fotos da sua família, minha impressão foi confirmada. Fiquei pensando se o fato de Camélia não se reconhecer como negra seria uma forma de escapar dos efeitos do preconceito e das

desigualdades em nosso país, ou se seria algum outro tipo de reação à minha presença, talvez identificada com os profissionais do CAPS.

Sobre a questão financeira, Camélia disse que recebia uma aposentadoria, cujo valor me pareceu mais alto que os benefícios que os pacientes de CAPS costumam receber, mas que seu filho ficava com todo seu dinheiro. Ele alegava que se ela não estivesse bem, acabava gastando tudo. O que a princípio poderia ser uma forma de cuidado com a impulsividade de Camélia – tendência registrada em seu prontuário, onde se lia que, em momentos de crise, ela gastava todo o seu dinheiro e comprava roupas que nem lhe serviam –, também me pareceu uma forma de controle.

Quando a questioneei sobre o tempo de acompanhamento no CAPS, Camélia ficou confusa, não sabia dizer. Para ajudá-la, lembrei que na primeira entrevista ela tinha dito que tinha chegado ao CAPS em 2005. Ela respondeu de forma evasiva que deveria ser isso mesmo. Perguntei, em seguida, se já havia sido internada e Camélia começou a listar os hospitais psiquiátricos em que esteve internada, a maioria deles já fechados atualmente. Depois se lembrou de mais dois. Pergunto o que a levou a esses dois últimos e ela começa a chorar. Ela conta que batia em sua mãe, reconhece que a fez sofrer demais. Camélia desatou a chorar. Ficamos ali, eu e ela... Eu sentia uma mistura de compaixão e culpa. Culpa, porque estaria mobilizando um sofrimento desnecessário com minhas perguntas. Camélia confessa que queria guardar aquilo em um baú a sete chaves, que eram lembranças que ela não queria ter. Pergunto, então, se ela acha possível guardar essa dor em um baú. Ela diz que não. Talvez para me confortar, pensei que o falar não era o que causava a dor, ela já estava ali latejando.

Aguardei que Camélia se acalmasse para continuar o preenchimento do formulário. Ao questionar sobre o seu diagnóstico médico, Camélia disse que a chamavam de Bipolar, mas acreditava que todo mundo muda de humor, assim como o tempo, ora faz calor, ora faz frio.

Deu a entender que não estava de acordo com seu diagnóstico, ao mesmo tempo em que reconhecia as mudanças de humor. Eu mesma a tinha visto no “calor” e no “frio” ...

Por último, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como Camélia não conseguiria ler sem seus óculos, pediu que eu lesse o termo para ela. Enquanto eu lia, ela escutava atentamente. Perguntou como fazer para me mandar um e-mail. Abrimos o seu celular e eu expliquei onde ela deveria colocar o meu endereço de e-mail para me escrever qualquer questão que estivesse relacionada à pesquisa. Ela comentou que era bom saber como mandar e-mail, pois ela estava tentando marcar seu ortopedista e não estava conseguindo falar com ele.

Ao finalizarmos a entrevista, agradei Camélia pela sua disponibilidade e nos despedimos. Descemos do ateliê juntas e casualmente encontramos com seu profissional de referência. Camélia expressou a Renato toda a ambivalência que viveu em nossos encontros, quando lhe disse que eu tinha mexido na sua “ferida” (sic) naquele dia, ao mesmo tempo que elogiava, dizendo-lhe que gostaria de mais encontros como aquele no CAPS. No caminho, Camélia me apresentou para outro profissional da equipe, contando-lhe da entrevista que tinha participado. Ela estava mobilizada com a conversa e eu também.

Ao questionar Renato sobre o que o levou a indicar Camélia para participar da minha pesquisa, ele destacou que seu adoecimento tinha relação com a maternidade e que ela tinha um longo histórico de tratamento em saúde mental. Disse, ainda, que apesar de Camélia ter diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, apresentava um funcionamento bastante desorganizado.

Saudades de mim

Entrevista 1

Chegando ao CAPS, fui abordada, ainda na calçada, por uma mulher de óculos escuros, com um lenço na cabeça e duas bolsas na mão, que me perguntou se eu tinha vindo fazer uma entrevista. Respondi que sim. Ela, então, me avisou que estava indo até a lotérica para depois retornar ao CAPS. Mas antes decidiu se certificar de que a entrevista começaria logo. Percebendo sua pressa, me apressei a informá-la que só precisava encontrar uma sala disponível.

Entramos no CAPS juntas, pois o guarda que trabalhava controlando a portaria abriu o portão, ainda na calçada, assim que me reconheceu. Enquanto adentrávamos o local, o guarda se dirigiu à Azaleia que deu meia volta para entrar por outra porta. Perguntei ao guarda sobre o ocorrido, ele me explicou que aquela entrada se destinava a profissionais e que havia outro acesso para pacientes. Percebi já na entrada do CAPS um marcador de diferença entre Azaleia e eu.

Em busca de uma sala para conversar, Azaleia e eu subimos para o ateliê. Ela estava apressada e preocupada com seus afazeres. Pediu para um funcionário avisar o Renato, seu profissional de referência, que ela precisava falar com ele. Enquanto eu posicionava as cadeiras e ajeitava a mesa, Azaleia disse que o Renato poderia participar da entrevista. Expliquei que ele estava atendendo naquele momento, mas que poderíamos chamá-lo depois. Talvez se sentisse desconfortável em conversar com alguém que não conhecia.

Coloquei um frasquinho de álcool em gel em cima da mesa e disse que ela poderia pegar, se quisesse. Azaleia pegou um pouco e revelou que ao longo da pandemia não tem higienizado

as mãos, conforme era recomendado como medida de proteção. Comentou que o Renato a tinha orientado sobre o uso de máscaras e logo pega a sua. Tentei deixá-la o mais tranquila possível, inclusive quanto ao uso opcional de máscara, já que eu estava usando a minha.

Apresentei-me à Azaleia, expliquei sobre meu interesse como pesquisadora psicóloga, imaginando que o Renato tivesse mencionado minha pesquisa, o que ela confirmou com um aceno. Perguntei, então, o que ela imaginava que aconteceu na sua vida para estar ali no CAPS. Azaleia começou um relato confuso sobre ter tido filhos gêmeos, ter perdido a guarda dos filhos para sua mãe, quando eles tinham cerca de um ano de idade e estavam começando a andar. Refere-se a essa situação como uma armadilha preparada para ela. Chegando à igreja, atendendo a um chamado para o culto, conta que a prima roubou sua identidade, a mãe pega seus filhos e ela foi internada em um sanatório, como louca e usuária de drogas. Disse que estava bem quando internada, mas que, ao ficar trancada no sanatório, “virou um monstro” (sic) e não aceitava tomar a medicação. Azaleia nega problemas com uso de substâncias, percebendo-se vítima de uma trapaça.

Durante a internação, Azaleia foi ficando mais calma e passou a ajudar a dar banho em outras mulheres, a fazer a limpeza do local, a arrumar a comida dos pacientes. Achei que ela estava me dizendo que precisava se ocupar. Azaleia confirma minha impressão, explicando que, apesar de não ter uma boa relação com a mãe, costumava ir à sua casa para fazer as tarefas domésticas, já que a mãe tinha a guarda de seus filhos, Murilo e Lucas. Reconhece que quando “estava boa” (sic), lavava as roupas dos filhos e limpava a casa da mãe.

Ao longo do nosso encontro, Azaleia compartilha fragmentos de uma história que eu buscava compreender. Contou que durante a gestação dos gêmeos, ela ficou “deprê” (sic), mas que ninguém notou. Precisou fazer repouso por conta da gestação de risco, risco que ela não especificou, mas pareceu ter influenciado no seu estado emocional. Imaginei Azaleia, que parece ser uma pessoa agitada, em repouso... O parto dos gêmeos ocorreu em um serviço

especializado em casos de gestação de alto risco, enquanto o primeiro filho, Eduardo, que tinha 33 anos à época da entrevista, Azaleia deu à luz em uma clínica particular. Sobre a primeira gestação, ela esclarece que não ficou no mesmo estado da gravidez dos gêmeos.

Sobre os primeiros meses de vida dos filhos Murilo e Lucas, Azaleia assinala que cuidava muito bem deles. Descreveu a bacia onde os colocava na água, e referiu que os alimentava muito bem, dando-lhes fruta raspada. Acrescenta que os bebês tomaram NAN (fórmula infantil) porque seu leite secou (sic). Com o primeiro filho, interrompeu a amamentação porque “saía leite com pus”. Já quanto aos gêmeos, fiquei com a impressão de que sequer chegara a tentar. Azaleia acrescenta que nunca fez uso de andador para crianças, porque havia um risco de se machucarem. Ela se esforçava para me mostrar como era uma mãe cuidadora.

No entanto, Azaleia comenta que, quando os gêmeos eram pequenos, a família reclamava que ela estava cheirando mal, porque não tinha tomado banho. Ela disse que entrava na água, mas não tomava banho direito, não tinha tempo de “raspar a perna” (sic), que isso chamava a atenção de sua família. Como se o fato de se depilar fosse um termômetro de sua sanidade logo adianta que hoje tem tempo de depilar. Mostra-se vaidosa, ao referir que não deixa de comprar creme e perfume, pois quando está sem dinheiro pede para o ex-marido pagar a conta. Lamenta sua situação financeira e a necessidade de usar roupas emprestadas ou doadas. E lembra que precisa comprar uma nova boina, para substituir a que perdeu no ônibus, pois está perdendo cabelo.

Azaleia foi casada por 25 anos com Joaquim, pai de seu filho mais velho. Reconhece que cometeu um erro. Como Azaleia teve relações sexuais com outro homem, durante breve separação de seu então marido, colocou em dúvida a paternidade dos filhos gêmeos. Apesar disso, sempre considerou o ex-marido como o pai biológico. Justifica pelo fato de que o homem com quem se relacionou era branco, enquanto seu ex-marido era negro e os filhos se pareciam

com ele. Entendi que ele assumiu a paternidade dos gêmeos, mesmo sem ter a certeza de ser pai. Sobre Joaquim, que é cadeirante, Azaleia costuma visitá-lo e, “quando está boa”, limpa a casa dele. Usa essas limpezas esporádicas como moeda de troca sempre que ele se queixa de seus gastos com cosméticos, uma vez que já não estão mais casados.

Sobre os filhos gêmeos, Azaleia conta que brigam muito. Como um deles tem mais coisas e roupas que o outro, este acaba pegando do irmão, sem pedir, o que causa conflitos. Voltando-se para o filho mais velho, o Eduardo, Azaleia refere preocupação. Acha que ele precisa passar com uma psicóloga, mas ainda não teve acesso ao atendimento. Chegou a perguntar se eu não poderia atendê-lo, mostrando todo o seu desalento. Expliquei que não fazia clínica, que estava fazendo uma pesquisa. Foi quando ela perguntou sobre o que eu estava pesquisando. Depois de minha explicação, Azaleia disse que eu poderia gravar a entrevista e levar sua história na televisão. Tentando entender a diferença entre a pesquisa jornalística e a acadêmica, mas ainda considerando sua história digna de ampla divulgação, Azaleia chega ao seguinte entendimento: que eu estava conversando com algumas mulheres e pretendia analisar as conversas todas para saber o que elas passavam. Ainda assim, decidi perguntar sobre sua preocupação com o filho mais velho. Azaleia conta que Eduardo estava bebendo muito, algo que não acontecia antes. E explica essa conduta pelo fato de que há cerca de um ano, Eduardo flagrou sua ex-mulher tendo relação sexual com um dos seus irmãos gêmeos, que Azaleia não especificou qual deles.

Foi retirando da bolsa algumas medicações e disse que quando tomava uma delas ficava mais difícil para dormir. Azaleia me perguntou que remédio era aquele, eu comentei que não conhecia. Ela aborda sua dificuldade com a medicação, pois quando está bem, acaba parando de tomar os remédios. Enquanto conversamos, abre sua bolsa e pede para mostrá-los: um frasco

de Depakene e outros separados em sacos plásticos por horário³⁰. Tinha lítio, Clonazepan e um outro medicamento que desconheço. Relembra que recentemente ficou internada no leito-noite porque interrompeu o uso da medicação prescrita. Confessa que gosta mais de ficar “mais pra cima” (sic), mais animada. Nessas ocasiões, costuma escutar música enquanto faz as tarefas domésticas, mas ressalta que não era uma música “altona” (sic), que apenas a ajudava a fazer as tarefas mais rápido. Alega que tem a “doença da limpeza” (sic), pois gosta de tudo limpo e organizado. Teorizou sobre o que deixava uma pessoa louca: eram a falta de organização, a falta de limpeza e a falta de união entre as pessoas. E concluiu que ficava muito nervosa quando não tinha cooperação.

Sobre sua mãe, Lurdes, Azaleia conta que nunca foi uma mãe carinhosa, nunca lhe deu atenção, não tinha lembranças da mãe na infância, mas lembrava de uma casa com várias crianças, cuja descrição me remeteu a um abrigo institucional. Como nessas memórias de infância via a si e a seu irmão juntos, em meio a outras crianças, começou a acreditar que ambos eram adotados. Sua mãe desmentia essa história, reiterando que eram filhos dela, mas Azaleia seguia firme em sua crença. Eles eram em 5 irmãos de 3 pais diferentes, o que fazia com que Azaleia xingasse sua mãe de “vagabunda” (sic), a qual evidentemente se ofendia com o insulto. Lurdes trabalhou em um bar e como “prostituta”. Azaleia percebia sua mãe como “pessoa ruim” e responsável pela queda de cabelo que vinha sofrendo. Imaginei que o fato de a mãe ter conquistado a guarda dos filhos de Azaleia tenha acirrado o conflito entre elas. Depois Renato confirmou que a relação de rivalidade entre mãe e filha aumentava o distanciamento entre elas.

Azaleia queixa-se de que não tem renda alguma. Não recebe qualquer benefício por sua condição de saúde, não recebeu herança de um dos padrastos e nem pensão de um segundo

³⁰ É parte do trabalho do CAPS separar a medicação por dia e horário como forma de orientar alguns pacientes para o uso correto dos remédios. Normalmente este recurso é utilizado quando a pessoa não tem condições de se organizar ou não tem uma rede de apoio que assuma essa tarefa.

padrasto. Reconhece que não gostava deste, mas ainda assim acha que tinha direito. Explica que só está esperando um profissional da equipe retornar das férias, já que ele era “bruto” (sic), para ajudá-la a entrar na justiça.

Azaleia perguntou meu nome diversas vezes ao longo da entrevista, desculpando-se por estar perguntando de novo e esforçando-se para lembrar, o que achei generoso da parte dela. Busquei tranquilizá-la, dizendo que podia perguntar quantas vezes precisasse. Pareceu-me que foi se instalando um clima de curiosidade e interesse entre nós. Apesar da conversa sobre tantas dores e perdas, havia espontaneidade, o que permitiu, na minha percepção, fluir nosso encontro.

Ao final, enquanto descíamos as escadas do ateliê, Azaleia comentou que seus óculos de sol eram também óculos de grau. E, dando risada, comentou que os óculos de sol que usava não era para ficar bonita. Confesso que, durante a entrevista, fiquei incomodada com aqueles óculos que não me permitiam que enxergasse bem seus olhos, mas preferi deixá-la à vontade. Quando ela me contou de seus problemas de visão, perguntei se ela não enxergava bem de longe, ela respondeu que não enxergava bem de jeito nenhum. Logo me peguei pensando se aquela “cegueira” se referia aos olhos ou aos afetos.

Saí da entrevista com a impressão de que Azaleia construía sua história de adoecimento tendo a maternidade como eixo central. Uma história que começava com uma infância negligenciada, seguia para um puerpério conturbado, e culminava com a perda da guarda dos filhos. Daqui Azaleia seguiu seu caminho tortuoso entre perdas e falsas conquistas.

Quando questionei Renato sobre o que tinha o levado a indicar Azaleia para participante de minha pesquisa, ele disse que acreditava que seu adoecimento tinha relação com a gestação. Além disso, Renato explica que ela apresentava um longo histórico de tratamento psiquiátrico e que havia sido diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar. Sem entrar em uma discussão sobre as causas de seu sofrimento, o que seria uma leviandade dado o estágio do conhecimento

científico a esse respeito, fiquei impressionada como sofrimento psíquico e maternidade se entrelaçam na vida dessas mulheres.

Entrevista 2

Enquanto caminhávamos para o ateliê, notei que Azaleia abordou uma funcionária para dizer que não iria mais ao CAPS toda semana e que passaria a frequentá-lo quinzenalmente. Como no primeiro encontro, ela perguntou se o Renato participaria da entrevista. Esclareci que seríamos apenas nós duas.

Azaleia começa me informando sobre sua decisão de frequentar o CAPS a cada quinze dias e que, naquele dia, tinha ido exclusivamente para a nossa entrevista. Não consegui me decidir entre a percepção de que Azaleia estava se queixando da entrevista ou se a estava valorizando. Depois conta que, nas segundas-feiras, participa “daquele grupo em que as pessoas levam as questões do CAPS para conversar e decidir coletivamente”, referindo-se à Assembleia. Porém, não soube explicar o que fazia no serviço nas sextas-feiras. Nas quintas-feiras, costuma passar o dia³¹.

Perguntei se Azaleia tinha compromisso e ela confirma: queria ir para a casa da sua mãe, ajudar nas tarefas domésticas. Ela explica que como sua mãe era o tipo de pessoa que fazia as coisas para depois cobrar, ela preferia ajudar a lavar as roupas dos filhos. E assim voltava a mencionar os atritos com sua mãe...

Comentou que o filho pretendia levar Joaquim a uma consulta médica, mas que este voltaria sozinho, de cadeira de rodas pelo morro, para casa. Quando pergunto sobre o que

³¹ A permanência-dia é um recurso terapêutico utilizado nos CAPS como forma de aproximação com o paciente, inserção em atividades, e suporte em casos ou momentos de necessidade. Esse recurso deve ser incluído no Projeto Terapêutico Singular (PTS) em construção com o paciente.

aconteceu com seu ex-marido, ela explica que ele teve um derrame. Questionei se na época em que ele adoeceu ainda estavam juntos, ela disse que “tinha vez que sim, tinha vez que não”. Compreendi que não tinha sido um episódio único. Azaleia explica que estava internada – pareceu-me ser uma internação psiquiátrica –, quando soube do AVC do marido e saiu da internação por conta disso. Azaleia destacou que cuidou dele mesmo quando ela estava doente. Em outra ocasião, porém, ela estava morando com outro homem. Considerava-o um amigo, eles conversavam, escutavam música e contavam piada. Reconhece que foi uma época boa em sua vida. Trabalhava fazendo faxina e tinha o próprio dinheiro. Às vezes, Azaleia pensa em voltar a fazer faxina, mas acha que não daria conta. Depois de morar um tempo com este amigo, voltou para a casa do Joaquim.

Azaleia conclui que o dinheiro faz falta. Seus óculos não estão bons para seu problema de vista, mas ela não tem dinheiro para trocar. Retira os óculos da bolsa para mostrar como estavam riscados, faltando uma haste e, conseqüentemente, sem condições de uso. Me dei conta de que havia algo preservado em Azaleia, queria manter uma boa aparência. Ou será que a boa aparência estava a serviço do ocultamento de suas fragilidades? Foi ficando angustiada enquanto falava sobre a falta de dinheiro. Comprou batom “fiado” (sic) e foi ao salão de beleza. Ou o filho ou o ex-marido iam ter que pagar, porque ela não tinha dinheiro. Mas Eduardo, lembra Azaleia, não estava nem comprando comida em casa, pelo menos até recentemente.

Logo Azaleia retomou seu desejo de entrar na justiça para lutar por seus direitos. Ela queria saber o nome do órgão responsável por essas questões, perguntei se ela estava se referindo à defensoria pública, ela disse que sim. Azaleia está depositando suas esperanças no que o profissional, que estava de férias, alegou: que ela não vai precisar nem de assistente social, e que “dá para entrar na justiça direto”. Entretanto, reconhece que se o profissional não a estivesse estimulando com a possibilidade de reverter sua situação financeira, e quem sabe a afetiva, não sabe o que seria dela.

Azaleia tinha uma relação ambivalente com o CAPS. Ora dizia que preferia o CAPS à sua casa, ora jurava que seu celular tinha sido roubado pelo psiquiatra durante uma consulta. Sobre esta situação, Renato lhe disse que não podia julgar o médico, mas ela argumentava que se o celular tinha sumido de cima da mesa do médico, foi ele quem o roubou. Seu filho lhe comprou um celular novo, mas estava com medo de que ela o perdesse. Como solução para o impasse, Azaleia prometeu ao filho que só usaria o celular em sua casa e na casa da mãe, e não o levaria para o centro da cidade. Nenhuma menção ao CAPS...

Em contrapartida, Azaleia declara que gostava mais de ficar internada no leito-noite do que em sua casa. No CAPS, ela tem mais companhia, conversa com as pessoas e tem liberdade. Os enfermeiros colocam música e ela dança, algo que não pode fazer em casa. Como mora na divisa entre duas cidades, ficou contente que seu endereço tenha sido incluído no território³² coberto por aquele CAPS, pois não faria tratamento em outro lugar, o que me pareceu confirmar um vínculo de confiança bem estabelecido com o serviço.

Ao falar sobre o território, Azaleia retoma sua preocupação com o filho Eduardo, que está bebendo e fumando muito, e não encontra vaga para se tratar no serviço público. Azaleia orientou o filho, que estava angustiado com a falta de resposta da ex-esposa, a parar de procurar a moça, que o melhor caminho para que ela voltasse para ele era demonstrar desprezo. No entanto, caso voltassem a viver juntos, Azaleia não toleraria conviver com a nora, aquela que teve relações sexuais com um dos seus filhos gêmeos quando ele tinha 15 anos. Preferia morar na rua. Encontraria alguém que lhe desse arroz e feijão. De fome, não morreria.

Aproveitei uma pausa no relato de Azaleia para lhe propor uma atividade. Logo se mostrou desconfiada querendo saber do que se tratava. Peguei o material gráfico, mas assim

³² Território é um dos princípios do SUS, que divide as áreas de abrangência de atendimento das unidades de saúde de acordo com a localidade geográfica, mas também com a forma de organização própria daquele espaço.

que viu os lápis comentou que não sabia “mexer com lápis”. Coloquei a folha e uma prancheta na sua frente e pedi que ela desenhasse uma mulher em tratamento no CAPS. Azaleia reagiu dizendo que não seria possível, que ela não sabia desenhar. Percebi que estava ficando ansiosa. Reformulei minha proposta, pedindo que descrevesse essa mulher em tratamento, para que eu anotasse. Ela concordou e começou a associar livremente, o que me pareceu ser sua percepção sobre a internação em leito-noite do CAPS:

“Gostava de me arrumar, tava meia dopada, usava os cremes de cabelo porque o creme daqui é bom. Conversava com os enfermeiros e eles procuravam me animar. Eles animavam eu e eu dava risada. Cantavam e faziam eu rebolar até o chão. Me senti melhor internada do que em casa. Aqui dão total liberdade, dão carinho. Não tenho ninguém para conversar. Animavam eu, incentivavam a comer. Quando saí, deu uma tristeza do caramba, cheguei em casa e não tem com quem conversar.”

Percebi que essa descrição me despertou angústia. Uma mistura de sentir a dificuldade de Azaleia em se expressar e, ao mesmo tempo, sua solidão...

Em seguida, pedi que contasse a história dessa mulher que acabava de descrever. Logo começou sua narrativa:

“A história dela é muito triste. Muitos anos e muitos anos. 18 anos sofridos sem resposta daquilo que ela queria saber da vida dela. Passou um bocado na vida, sofreu bastante. Ainda bate uma tristeza imensa. Queria solução da minha vida. Queria uma vida mais alegre, mais ativa. Queria uma vida sem as pessoas criticarem, não pode ter liberdade. Tenho muita saudade de mim. Era uma mulher ativa, trabalhadeira, ganhava meu dinheiro, tinha liberdade. Parei no tempo, tudo me machuca, me magoa, me deixa

desanimada. Sinto falta do Murilo. Muito injusto! Angústia no coração não poder criar os próprios filhos. Melhor ficar no leito do que em casa.

Quando a gente entrega e tem noção é dureza.”

Depois disso, Azaleia se põe a explicar que não sabia desenhar mulher, que não conseguiu fazer o que eu havia pedido. Tentei acolher a frustração que meu pedido havia despertado nela. Perguntei se gostaria de desenhar outra coisa, o que desse vontade. Ela foi se acalmando e começou a desenhar.



Fez primeiro uma árvore, demonstrando empenho. Depois desenhou três montanhas e contou que tinha subido essas montanhas quando criança. Interrompe sua descrição do desenho para dizer que tinha algum distúrbio desde pequena, que era “triste”, não tristeza, mas aquela expressão que os antigos usavam para se referir a crianças ardeiras. Ela não tinha medo de nada

e aprontava muito. Acrescenta um exemplo de suas “artes” na vida adulta: como seu marido bebia, ela batia nele, deixava-o para fora de casa, como se o castigasse.

Olhando para o seu desenho, Azaleia constata que sua sobrinha, que ainda era criança, desenha melhor que ela. Dá risada. Comenta que seu desenho parece com o de uma criança, mas logo se corrige: “mas todo mundo tem uma criança dentro de si”. Concordei com ela. Azaleia reafirmou que não sabia mexer com lápis de cor, mas que conseguia pintar quadros com tinta e pincel. Queria me mostrar como costumava pintar os quadros. Entreguei uma folha em branco onde ela rabiscou reproduzindo o movimento que faria com um pincel. Quando pergunto onde ela aprendeu a pintar, ela responde: “Foi o CAPS que me deu esse dom”.

Já sinalizando o final da entrevista, Azaleia comenta que não costumava ir com a cara das pessoas, mas que tinha gostado de mim, que “nosso santo bateu” (sic). Mostrou-se receptiva quando sugeri que nos encontrássemos uma última vez. Ela disse que sim, demonstrando certo desapontamento com a finalização dos encontros.

Terminada a entrevista, Azaleia me levou para ver suas pinturas, que estavam penduradas nas paredes do CAPS. Ao nos despedirmos, ela voltou a pedir desculpas pelo desenho, eu reforcei que não tinha problema e agradei sua participação na pesquisa. Notei que Azaleia se preocupou em avisar o Renato de que ela não ficaria no CAPS para participar do grupo, embora nem se lembrasse do grupo teria naquele dia. Depois, Renato me confidenciou que ficara preocupado com aquela atitude da Azaleia, algo poderia estar acontecendo com ela.

Azaleia não compareceu ao CAPS para a terceira entrevista a qual foi reagendada para a semana seguinte.

Entrevista 3

Retornei ao CAPS para encontrar com Azaleia, mas ela não estava. Como estava demorando, Renato decidiu ligar para a família (costuma ligar para o ex-marido ou para os

filhos) para confirmar se ela viria para a entrevista. Um dos filhos atendeu e disse que a mãe já estava com o celular. Foi assim que soubemos pela própria Azaleia que já estava chegando.

Assim que Azaleia chegou, Renato e eu fomos ao seu encontro na ambiência. Ela pediu desculpas pelo atraso e já emendou uma justificativa: “do jeito que as coisas estão, precisa estar com a cabeça boa para não surtar”. Pediu desculpas por não ter aparecido na semana passada porque estava “cheia de problemas”. Problema com os filhos, com o ex-marido... Percebendo seu estado, Renato foi logo lhe oferecendo um café. Avisei que, enquanto ela tomava café, eu arrumaria o ateliê para o nosso encontro. Quando descí para encontrá-la, Renato disse que pretendia conversar um pouco com ela antes da entrevista. Concluí que, segundo sua avaliação, Azaleia não estava bem. Fiquei apreensiva até que ela apareceu no ateliê.

Azaleia me pareceu bastante desconectada. Parecia não se lembrar do que tínhamos conversado nos dois primeiros encontros. O intervalo maior entre as entrevistas pode ter contribuído com sua confusão. Então, comentei que já fazia um tempo desde o nosso último encontro. Depois disso, Azaleia começou a falar espontaneamente sobre a sua situação financeira. Como já havia me dito antes, quando está bem, consegue limpar a casa do ex-marido, mas quando não está bem, não limpa. Pareceu-me que ela e Joaquim têm algum tipo de arranjo financeiro. Azaleia se queixou de que não aparece ninguém para ajudar, só para trazer problemas, que ela faz “serviço de homem e de mulher” em casa, o que me levou a pensar em solidão, exploração e desamparo. De repente, me lembro de uma cena que me havia descrito na primeira entrevista: na época em que ainda cuidava dos gêmeos, incomodou-se com um material de construção que estava abandonado, apodrecendo em seu quintal, começou a quebrar aquelas sobras para abrir espaço no quintal. Porém, os que a viram naquela atividade logo acharam que era sinal de desorganização. Ela, inclusive, acha que isso contribuiu para a perda da guarda dos filhos.

Azaleia estava bastante chateada. Lamentou precisar dos óculos de sol para enxergar, já que os óculos de grau estão quebrados, pois as pessoas a olhavam com estranhamento. Disse que não estava em condições de comprar outro e começou a chorar. Também lembrou que estava esperando o retorno das férias de um profissional da equipe para ajudá-la a buscar seus direitos na justiça. Era evidente que no seu desespero havia uma fagulha de esperança quanto a sair daquela situação de precariedade.

Como no encontro anterior Azaleia havia se mostrado frustrada com os lápis para desenho, preparei um material de pintura e levei para a entrevista. No entanto, antes de oferecer o material preferi avaliar se seria adequado, uma vez que ela parecia não ter lembrança de nossos encontros e estava mais sensível e chorosa.

Então, decidi oferecer o material. Enquanto mostrava as tintas, aproveitei para lembrá-la que ela havia me comunicado sua preferência. A princípio ela estranhou, parecia não estar compreendendo. Em seguida, começou a enumerar o que precisaria para pintar, em um tom desencorajador. Disse que precisava de um lugar para limpar o pincel, eu respondi que tinha trazido um copo e que poderíamos pegar água no banheiro. Ela retruca dizendo que ainda faltaria um pano para secar o pincel, no que argumento que tem papel no banheiro. Azaleia começa, então, a mexer nas tintas e vai se animando à medida que entra em contato com as variadas cores. Anuncia que vai precisar de um pincel só e escolhe um dentre os pincéis que levei.

Enquanto Azaleia se preparava para pintar, comentou que ela podia usar seus óculos de grau, já que estávamos a sós. Tirou os óculos de sol pela primeira vez, e colocou os de grau, que ficaram tortos porque faltava uma haste. Considerei aquele movimento como um sinal de confiança, pois começava a ficar à vontade comigo. Fui observando como escolhia cuidadosamente as cores, avaliando uma por uma. A cada troca de cor, limpava o pincel delicadamente. Cuidava para que uma cor não invadisse o espaço da outra. Ignorou os

chamados do celular. Só atenderia quando terminasse o que me pareceu ser um arco-íris. Fiquei surpresa com aquela cena em que a mulher chateada e agitada dava lugar à mulher concentrada e empenhada em produzir a sua obra de arte.



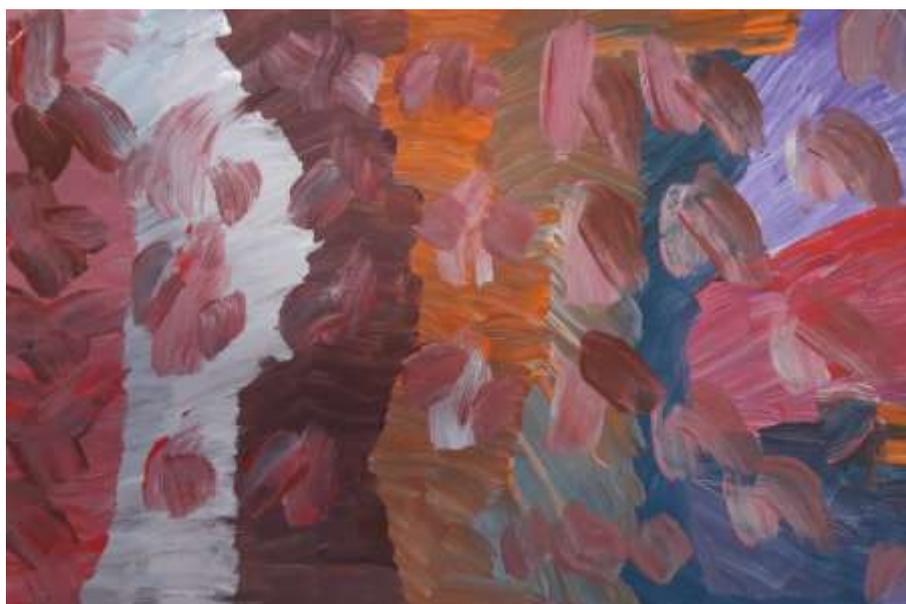
Ao terminar, Azaleia olhou para sua pintura e disse: “Tem muito sentido, isso aqui tem muito sentido, tem muita vida, até o preto tá cheio de vida”. Em um misto de fascinação e bem-estar, Azaleia reconhece que estava bem diferente de quando chegou e que pintar a “ajudava a espaiar”.

Saindo daquele estado de relaxamento, pergunta por que eu queria uma pintura dela. Explico que diante de sua preferência pelas tintas, manifesta no encontro anterior, senti vontade de trazer o material para a pintura. Solicitei ficar com a sua pintura, ela aceitou prontamente e diz que queria me mostrar as pinturas que fez no CAPS. Concordo, mas antes precisávamos preencher os documentos da pesquisa.

Para o preenchimento do Formulário de caracterização das participantes, pergunto à Azaleia como define a sua raça, ela comenta que seu pai era preto e sua mãe era branca e que

ela se considerava “cor de jambo” (sic). Ao entregar o TCLE, indico os meus dados para contato, caso ela precise tirar qualquer dúvida em relação à pesquisa. Azaleia pergunta se poderá entrar em contato caso queira falar comigo. Explica que gostaria de conversar mais vezes, apesar de saber que eu não iria resolver a situação dela, o que me pareceu ser um sinal de que havia entendido que minha função ali era outra. Confirmo que ela pode me ligar se precisar falar de algo relacionado à pesquisa. Agradei Azaleia pelo seu tempo e disposição em conversar comigo.

Então, descemos do ateliê juntas e fomos ao refeitório onde estavam penduradas suas pinturas. Azaleia me autorizou a fotografá-las. Eram pinturas que me pareceram refletir o estado emocional da participante. A própria Azaleia reconheceu que as pinturas eram muito diferentes do que ela tinha feito naquele dia, e que tinham sido feitas quando estava em crise e internada no leito-noite. Concordei com ela que tinha uma grande diferença entre as pinturas. Apesar da agitação e insatisfação com que chegara àquele encontro, estava muito mais organizada que em períodos de crise. Com a autorização de Azaleia e da instituição, apresento, a seguir, as pinturas fotografadas:





O cangaço de Violeta

Entrevista 1

No dia em que agendamos a primeira entrevista, Violeta foi embora do CAPS assim que saiu do grupo de referência. Não me aguardou, mas avisou uma pessoa da equipe sobre o melhor dia da semana e horário para remarcarmos a entrevista. Fiquei com a impressão de que ela fazia questão de participar do grupo, pois tinha pedido que a entrevista fosse logo depois.

Compareci no CAPS no dia combinado. Ao chegar lá, fui avisada que Violeta tinha acabado de chegar. Estava na ambiência, quando fui abordada por uma mulher desconhecida. Ela estava fumando e veio em minha direção, perguntando se eu queria conversar com ela. Confirmei que era a própria Violeta, me apresentei e avisei que ia procurar uma sala para conversarmos. Violeta acrescenta que ia pedir para Luana, sua profissional de referência, para conversar comigo. Talvez Violeta quisesse uma autorização para participar da entrevista.

Em seguida, caminhamos para a sala e Violeta me perguntou sobre o que eu queria conversar. Sentamo-nos, eu me apresentei novamente e, então, perguntei a ela o que ela imaginava que aconteceu na sua vida para estar ali no CAPS. Violeta respondeu espontaneamente que não tinha memória, que não sabia. Só sabia que foi internada em um hospital psiquiátrico e depois foi para o CAPS. Fui lhe fazendo perguntas para ajudá-la a construir sua narrativa. Violeta disse que as vezes tinha vontade de pegar uma corda para se matar. Em sua casa, não tinha corda, chumbinho, não tinha acesso à faca pelo risco de fazer algo. Logo pensei: seria ideação suicida ligada a um estado depressivo ou tinha mais relação com uma impulsividade? Para mim pouco importava o diagnóstico, mas me flagrei com essa questão.

Antigamente, Violeta morava em outro estado, onde teve seu primeiro relacionamento com Marco, por três anos, com quem teve as três primeiras filhas. Marco a deixou em um mês de outubro e sua terceira filha, Regina, nasceu em junho do ano seguinte. Logo em seguida, quando sua bebê tinha quatro meses, Violeta mudou de cidade e deixou as três filhas com sua mãe. Depois de um tempo, voltou para buscar as duas filhas mais velhas, Pâmela e Fernanda, e deixou Regina, a mais nova com sua mãe e sua irmã.

Violeta disse, sem pudor algum, que não gostava da filha que deixou para trás. Percebi minha dificuldade de escutar isso. Talvez por ser incomum que em nossa cultura as mulheres falem abertamente de seus afetos negativos pelos filhos. Ao questionar por que não gostava de Regina, ela contou que a filha roubava, que não era boa pessoa, e que mexia com coisa errada. Era um desgosto só! Embora ambas morassem na mesma cidade, não se viam há 10 anos. Tinha uma neta, filha de Regina, com quem também não tinha contato para evitar a filha.

Uma vez, lembra Violeta, um motorista de *Uber* lhe disse que a filha era assim porque foi abandonada por ela aos quatro meses de idade. Violeta não esboçou reação nem opinião sobre essa afirmação. Só reiterou o desejo de não encontrar com Regina. Depois explica que não queria essa gravidez, queria ter abortado. Acrescenta que quando ela estava grávida de Regina teve um tumor na barriga, mas que tinha ficado tudo bem, não tinha mais problemas. Durante o parto desta filha, ela quase morreu. O ex-marido, de quem ela já era separada na época, quando soube de seu problema disse que ia “sambar em cima do teu caixão” (sic), desejando sua morte. Mas Violeta enfatiza que quem morreu antes foi ele. Marco morreu há oito anos. Suas filhas foram se despedir dele no leito de morte, quando estava internado no hospital. Violeta comenta que ela podia ter sambado no caixão do ex-marido, mas não foi ao enterro. Para mim, toda essa história sobre o ex-marido soou como a realização de um desejo de vingança.

As três filhas mais velhas não a chamavam de mãe, mas de “Dona Violeta”. Era a avó que chamavam de mãe. Violeta teve mais dois filhos no segundo casamento, a Betina e o Guilherme. Estes a chamavam de mãe.

Guilherme, seu filho mais novo, tinha 23 anos e seu apelido era “Namoro”. Sobre o apelido, Violeta explica que em sua família todos tem apelidos. Guilherme foi muito desejado, ela queria ter um filho homem. Violeta teve cinco filhos, porque queria mesmo um menino. Ficou muito feliz quando viu o primeiro ultrassom, chorou quando ele nasceu e o pegou nos braços. Contou com muita emoção, revivendo aquela alegria. Guilherme costumava dizer que Violeta era “a mulher da vida dele”, em primeiro lugar vinha a mãe, depois a namorada, o que pareceu deixar Violeta triunfante.

Apesar do clima de realização com seu filho, Violeta foi internada pela primeira vez quando Guilherme tinha três anos, há mais ou menos 20 anos. Violeta estava bem, trabalhava como doméstica. Quando Guilherme nasceu, teve quatro meses de licença do trabalho e mais um mês de férias. Tinha uma boa relação com sua patroa, que foi inclusive conhecer o seu filho durante a licença. Quando voltou ao trabalho, a patroa a colocou para cozinhar. Violeta conta que cozinhasse muito bem, fazia doces deliciosos e uma comida boa também. Na casa da patroa ela fazia de tudo, limpava, passava, cozinhasse. Gostava de trabalhar lá, não estava se queixando, mas tinha um tom de sobrecarga.

Em uma sexta-feira, ela trabalhou até as nove da noite, como de costume. Na segunda-feira seguinte, Violeta não voltou, tinha sido internada. Ela não se lembrava do que tinha acontecido. Quando se deu conta, estava internada no hospital, onde ficou por um mês. Não podia fumar, o que a deixou desesperada, porque ela era “louca por cigarro” (sic). Depois desse primeiro mês, ela foi transferida para outro hospital psiquiátrico. Era ruim, pois ficava amarrada. Seu filho era pequeno e ia visitá-la, mas não a via quando estava contida.

No hospital psiquiátrico, ela era maltratada, por isso quando não estava bem, preferia ficar no leito-noite do CAPS. Quando precisava, ela passava uns três ou sete dias internada no leito-noite e voltava para casa ao melhorar. Ao perguntar se aceitava ajuda quando não estava bem, Violeta respondeu que não, que ela resistia e ficava “valente” (sic). Na última vez que ela foi para um pronto socorro, precisaram chamar a guarda municipal para ajudar os médicos a conterem-na.

Falando de eventos marcantes, Violeta perdeu uma irmã, segundo ela muito importante, há oito anos. A moça adoeceu em um dia e faleceu de meningite no dia seguinte. Violeta chorou ao falar de sua perda repentina. Também se emocionou ao falar da perda da mãe. Enquanto falava de sua mãe, Violeta me pergunta se eu tenho mãe, respondo que sim e, então, ela me aconselha que cuide bem dela. Parecia estar se referindo ao privilégio de se ter uma mãe.

Violeta e o Cleber, seu atual marido, com quem ela estava “amigada” (sic) há 30 anos, tinham uma casa em outro estado, na cidade de origem do seu marido. Violeta descreveu uma casa bonita de quatro quartos, quatro banheiros e um lavabo para as visitas. Disse que era tudo mobiliado, tinha armários, achava a casa “linda demais”. Morou por um tempo lá, disse que se sentia bem, ia todo dia ao CAPS de lá. Ela morava perto do CAPS, mas como tinha que atravessar uma rodovia o motorista do CAPS a buscava e a levava de volta ao final do dia.

Já na cidade em que hoje residem, montaram uma casa com uma estrutura mínima para morar, com o objetivo de voltar para a outra casa quando fosse possível. Violeta explica que na moradia atual era tudo muito simples e com poucos móveis.

Violeta contou que pretende viajar para visitar a sua outra casa, que estava sendo cuidada por uma sobrinha do seu marido. Estava contente com a perspectiva de ir para lá. Eles iriam de avião, mas Cleber voltaria de ônibus “para trazer as comidas que não tem aqui”, já que no avião não é permitido transportar alimentos. Violeta justifica a viagem de avião pelo fato de que sua filha, Betina, não conseguiria ficar sentada no ônibus durante muitas horas, por conta

das placas que tinha na perna. Depois desta viagem, Violeta pretende viajar para o aniversário de sua filha mais velha, Pâmela, com quem ela parece ter uma relação próxima.

Violeta fala abertamente de suas preferências: gosta da Pâmela, a mais velha e do Guilherme, filho mais novo. Ela havia se queixado de uma das filhas, daquela que ela não gostava, a Regina. Tinha comentado sobre a filha que morava com ela, a Betina, mas havia uma quarta filha, a Fernanda, a respeito de quem Violeta não expressou gosto, nem desgosto. Perguntei como era a relação com esta filha, ela responde que “não eram tão chegadas” (sic).

Betina, que era filha do segundo marido, sofreu um acidente, quebrou a perna, ficou dois meses internada para se submeter a cirurgias e depois ficou meses acamada até se recuperar. Nessa época, a mãe de Violeta adoeceu e foi morar com ela. Para atender às demandas de ambas, Violeta as acomodou em um quarto com duas camas, a mãe acamada de um lado e Betina em recuperação do outro. Violeta se preocupa em enfatizar que havia cuidado muito bem delas. Argumentava que sua mãe “não tinha uma escara”, de tão bem que era tratada. Mas como se descuidou do próprio tratamento, Violeta piorou e precisou ser internada no leito-noite no CAPS, mesmo com a mãe doente em casa. Violeta chorou ao recordar que a mãe tinha começado a apresentar escaras naquele período em que se ausentou.

A princípio me pareceu que sua relação com Betina era boa, mas ao longo do nosso encontro Violeta foi descrevendo um outro quadro. Disse que a filha era revoltada, que a xingava e gritava. Não tinha ainda ficado claro qual era a sua dificuldade com esta filha, enquanto em relação à Regina tive a impressão que a via como uma espécie de “ovelha negra” da família. De repente, sem qualquer aviso, Violeta confessa que sentia vontade de esfaquear a filha e o marido. Fiquei em estado de choque ao escutar uma afirmação tão dramática em meio a problemas familiares corriqueiros, como se sua agressividade irrompesse de forma brutal. Na sequência, Violeta pondera sobre as consequências de um tal ato: a filha e o marido morreriam, ela seria presa, e não poderia circular. Conclui, então, que era melhor não ceder a esse desejo.

Fiquei impactada com o cálculo de Violeta sobre o quanto teria que pagar por esse desejo. Perguntei sobre o que passava em sua mente quando pensou em esfaqueá-los. A sua resposta me causou novo estranhamento: “Nada, não tava passando nada”.

Percebi que embora a fala mansa e relativamente organizada de Violeta transmitisse certa tranquilidade, o seu relato sobre questões familiares era pontuado por declarações chocantes que pareciam aflorar inadvertidamente, à semelhança de um ato falho. Em outros desses movimentos reveladores, Violeta menciona que se tivesse um fuzil, “soltaria 12 tiros na filha” (referindo-se a Betina). Fui invadida por um clima de terror ao pensar que uma mãe poderia sentir tanto ódio pela filha, mas talvez tenha ficado mais chocada com a naturalidade com que comunicava essa hostilidade. Estaria Violeta tão habituada a relações violentas que já não se abalava com elas, ou suas fantasias estavam lhe pregando uma peça?

Em nova reviravolta, Violeta se diz feliz e explica que não tem nada mais gratificante do que ter filhos. Eu fiquei me perguntando de que maternidade estaria falando, ou melhor, a que filhos se referia, aos preferidos? Violeta acaba confirmando minha impressão quando diz que o que mais queria era ter um bisneto da sua neta mais velha, filha de Pâmela e um neto do Guilherme para ela cuidar. Em seguida, Violeta acrescenta que se pudesse teria mais um filho, mas estava com quase 58 anos. Essa oscilação entre o amor e o ódio, entre o cuidar e o matar que distribuía pelos cinco filhos de modo desigual me impactou. Pareceu-me insuportável viver naquele estado de mente.

Sobre o contexto laboral, Violeta estava aposentada por invalidez, embora sua carteira de trabalho continue em aberto, já que nunca foi registrada a interrupção do trabalho na casa daquela patroa. Além dessa renda, seu marido trabalha construindo casas. Orgulhosa, conta que o marido recebe um terreno e entrega uma casa completa, e tem muitos funcionários. Violeta parece ter uma condição financeira relativamente boa.

Quanto ao relacionamento conjugal, Violeta contou que era “amigada” com Cleber há 30 anos, mas que ele queria “casar no papel”. Perguntei se pelo tempo em que estão juntos já poderiam se considerar casados. Ela insistiu que não queria se casar, pois se a relação não desse certo, ficaria mais difícil para divorciar. Argumenta que hoje estão bem, mas e quando não estiverem? Cleber assevera que estão mais velhos e não vão se separar. Violeta parece concordar com esse ponto de vista, quando diz que se tivessem que separar, teria sido lá no começo, quando ela não estava bem. Outra afirmação desconcertante. Não entendi sua inquietude a respeito de um relacionamento que estava sendo descrito como bom. Violeta esclarece a situação, mencionando que já tinha sido agredida fisicamente pelo marido, embora ele tenha prometido nunca mais encostar nela. “Hoje, ele só grita, não bate mais”. Aquela me pareceu uma postura típica de uma mulher que é vítima de violência doméstica, contente com o fato de ter deixado de apanhar e sofrer “apenas” violência psicológica. A violência parece ser um elemento estruturante de suas relações interpessoais.

Ao referir espontaneamente a medicação que tomava, Violeta mencionou dois antipsicóticos, dentre outros medicamentos. Pareceu-me que fazia um uso regular, quando comentou que estava organizando os remédios que levaria em sua viagem à antiga casa.

Ao final da entrevista, convido Violeta para um segundo encontro. Primeiro, ela pergunta: “Você gostou de conversar comigo?” Respondo que sim. Ela avisa que “fala mais que o homem da cobra” (sic). Reafirmo meu interesse em sua história de vida. Ela confirma que passou por muita coisa, e tinha muita história para contar.

Na data prevista para a segunda entrevista, Violeta foi ao CAPS, pegou a medicação e foi embora. Luana, sua profissional de referência, disse que naquele dia Violeta não participou do grupo e que estava chorosa. Combinamos que Luana iria atendê-la e avaliar se poderíamos continuar com as entrevistas.

Nessa ocasião, perguntei a Luana o que a tinha feito indicar Violeta como participante de minha pesquisa. Luana refere uma longa história de tratamento na saúde mental, pontuado por internações e outros cuidados fora do CAPS. Quando iniciou tratamento no CAPS, Violeta “era muito difícil, tinha muitas atuações, relatava alucinações visuais, e tinha a hipótese diagnóstica de Esquizofrenia”. Luana tem a impressão de que Violeta foi adoecendo diante dos problemas familiares, sobretudo os relacionamentos violentos com companheiros e com a filha que mora com ela. Por muito tempo, Violeta foi tida como “a louca da família”, o que lhe fazia muito mal. Com o tratamento melhorou muito e deixou de ocupar esse lugar na família. Nos atendimentos, Luana passou a focar mais nas vivências da paciente e menos nas alucinações que, com o tempo, foram desaparecendo.

Hoje, Luana identifica um quadro depressivo com sintomas psicóticos. Luana lembra que Violeta teve uma vida ativa, trabalhava como doméstica e babá. Parecia ter uma condição financeira relativamente boa, morava com as famílias com quem trabalhava, e chegou a viajar para fora do país a trabalho. Ao adoecer, Violeta perdeu tudo.

Entrevista 2

Eu havia combinado com Luana a data da próxima entrevista, a qual seria alterada conforme sua avaliação sobre as condições de saúde de Violeta. No caminho para o CAPS, recebi uma ligação de Luana dizendo que Violeta tinha faltado ao atendimento e que não sabia se ela viria para a entrevista. Luana estava preocupada que eu perdesse a viagem e sugeri que agendássemos nova data para a entrevista com a Violeta. Eu concordei e dei meia volta no caminho que me levava ao CAPS.

Um vazio se instaurou... Eu estava livre, retornando para casa e no caminho resolvi passar no mercado. Estava escolhendo os produtos enquanto processava aquela situação. Ao

verificar o celular, fiquei surpresa com o alerta de mensagens e ligações perdidas. Luana, Renato e um número desconhecido tinham me ligado. Estavam me avisando que Violeta estava no CAPS! Eu larguei o que estava fazendo e fui direto para lá. Renato garantiu que “seguraria” Violeta enquanto eu estava a caminho.

No caminho fui pensando nas informações desencontradas. Violeta sabia ou não sabia da data da entrevista? Fiquei sem resposta para essa questão. Cheguei tão apressada no CAPS que passei por Violeta sem a ver na garagem da casa. Quando nos encontramos, ela me perguntou se conversaríamos naquela hora ou se eu ainda ia almoçar. Respondi que estava ali para conversar com ela, que só precisava buscar uma sala. O guarda, excepcionalmente, permitiu que Violeta entrasse comigo, pela “porta dos profissionais”. Em seguida, mais uma situação se somou ao clima caótico: não havia sala disponível.

Ao perceber que o ateliê tinha sido liberado por uma profissional da equipe, corri para caçar uma chave e dar início à entrevista o quanto antes. Chegando ao ateliê, Violeta contou que não estava bem, que só tinha vontade de chorar. Ela estava diferente do encontro anterior. Lembrei que ela havia faltado na última semana, tanto na entrevista, quanto no atendimento com Luana.

Violeta menciona a festa de aniversário do Guilherme, e logo mostra as fotos da festa em seu celular. Orgulhosa, elogia o filho, dizendo como ele é alto e bonito. Mostra o bolo do Corinthians, time para o qual o filho torce. Violeta se queixou de que a nora, Aline, não a deixava convidar quem quisesse para a festa, e ficou brava por Violeta ter convidado a professora da creche de Guilherme. Explica que foi essa professora quem o desfraldou, quem o ensinou a comer, acompanhando-o desde muito pequeno. Ela parecia grata por sua contribuição, não demonstrando qualquer desconforto com o protagonismo da professora no cuidado de seu filho. Betina, sua filha, também tinha convidado uma amiga para a festa do irmão, mas Violeta e o marido ficaram com medo de que essa amiga e Aline brigassem. Queixa-

se mais uma vez de que a nora quer definir a lista de convidados para as festas da família, mesmo quando a festa é na casa de Violeta.

Passando a focalizar a relação com Betina, Violeta comenta que sua filha a chamava de “fofoqueira” e que ela revidava batendo “na cara da filha”. Enquanto eu imaginava a cena de violência entre mãe e filha, Violeta me explica que bate no rosto porque a filha “tem prótese de titânio pelo corpo todo”, não podia bater em qualquer lugar, sob o risco de atingir o que foi reconstruído depois do acidente que a moça sofreu. Neste momento, percebi a força da ambivalência de Violeta em relação a essa filha. Em meio a tanta agressividade e violência, algum sinal de carinho. Como diz Guimarães Rosa (1956/2019): “Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura”³³.

Quando Betina nasceu, o pai cuidava da menina, enquanto Violeta a amamentava, o que fez até os seis anos de idade da filha. Precisei absorver o impacto de outro choque, ponderando sobre o que Violeta estava me contando: uma mãe que não se ligou à filha, não teria facilidade em vivenciar o desmame, já que exige um reconhecimento do vínculo e elaboração de suas mudanças. Ou seria o contrário? Ela se fundiu de um tal modo com a filha que não podia admitir que esta pensasse ou agisse de modo diverso da mãe?

Quanto a Cleber, o atual marido, Violeta o descreve como violento: “já chegou a quebrar a televisão e outras coisas em casa”. Também já bateu nela, deixando-lhe um tumor no seio pela pancada: “vazava pus do machucado”. Violeta disse que o marido costumava ficar bravo com a Pâmela, filha do primeiro casamento de Violeta. Cheguei a pensar em ciúme. Teria ele ciúme do primeiro marido de Violeta? Violeta lembra de algo, mas interrompe o relato dizendo que não ia falar o que ele fez. Diante do meu silêncio, ela afirma que não se tratava de infidelidade. Minha imaginação me levou a pensar em violência sexual. Teria ele estuprado

³³ Frase citada de João Guimarães Rosa no livro “Grande sertão: veredas” de 1956.

uma de suas filhas? Diante da minha fantasia, pergunto se ele havia “feito algo para suas filhas”. Violeta nega veementemente, e repete algumas vezes que não vai me contar. Antes de desistir, pergunto se era algo em que ela pensava muito, e ela confirma.

Dias depois das entrevistas finalizadas, em uma consulta ao seu prontuário, minha fantasia perdeu o caráter de fantasia. Havia um registro de que Cleber fazia investidas nas filhas do primeiro casamento de Violeta e também na própria filha, que na época tinha 6 anos. Em conversa com Luana, referência de Violeta, soube que uma das filhas alegou que estava sendo abusada pelo padrasto, que chegava bêbado em casa. A princípio, Violeta não acreditou na filha, o que fez com que as filhas se afastassem dela. Luana explicou que Betina era próxima do pai, mas que não havia evidências de violência. Não pude deixar de supor alguma associação entre o abuso e os cuidados dispensados pelo pai na infância de Betina.

Além disso, tanto nos registros do prontuário, quanto na conversa com Luana, havia relatos de que Cleber agredia Violeta e que esta já teria flagrado o marido infiel em um bar. Naquela ocasião, Violeta teria agredido tanto o marido quanto sua amante. Apesar desse contexto violento, Violeta nunca aceitou ser encaminhada a um serviço especializado em violência doméstica.

Voltando ao relato de Violeta, esta descreve o ex-marido, o Marco, como não violento. As brigas do casal se desenrolavam em torno de uma história na família do Marco que, se eu entendi bem, tinha a ver com um casamento incestuoso entre familiares. Como o Marco não queria que ela contasse para ninguém, concluí que era algo malvisto no interior da própria família, um tabu. Violeta não se continha e acabava falando do segredo da família, e assim começava nova briga com Marco. Já Luana corrige a narrativa de Violeta, acrescentando o fato de que Marco bebia e ficava violento.

Em um momento de pausa em seu relato, propus para Violeta uma atividade. Ela reagiu dizendo que não gostava de atividade, e que era por isso que não frequentava os grupos do

CAPS. Perguntei se eu poderia lhe mostrar, ela disse que sim, mas com a certeza de que não faria a atividade. Peguei o material, coloquei os lápis, borracha e papel em cima da mesa. Mais uma vez reage dizendo que não desenhava. Tranquilizo-a quanto ao desenho e pergunto se ela poderia me contar, ao invés de desenhar. Solicito um “desenho imaginado” sobre uma mulher em tratamento no CAPS. Violeta descreve a imagem que tem em mente: *“uma corda amarrada no caibro e o pescoço na corda. Pendurada, morta...”*. Em seguida, peço que conte uma história sobre essa mulher que imaginou. Violeta fundamenta a imagem, segundo sua história pessoal:

“Ela é livre de sofrimento, de dar trabalho para os outros, livre de dar trabalho para todo mundo no CAPS. Sou uma pedra no sapato de todo mundo. Ainda não morri por causa do Guilherme. Ele diz: ‘Mãe não! Isso não!’ e eu desmancho em lágrimas, e meu plano não dá certo”.

Violeta não estava bem naquele dia, contou que não tinha vontade de fazer nada, nem de sair da cama, que tinha atrasado para tomar sua injeção de Haldol (sic). Violeta me mostrou os remédios que tomava. Eram muitos, alguns visavam diminuir os efeitos colaterais dos outros. Também havia remédios para diabetes e para dor. Quando refere que tinha diabetes, eu, ingenuamente, pergunto se ela segue uma dieta restrita para controlar a diabetes. Com toda a sua espontaneidade, Violeta responde que não. Preocupada, insisto em meu questionamento e lhe pergunto se passava mal por isso. Violeta confirma e me garante que, mesmo assim, não vai parar de comer.

Ao final da entrevista, digo a Violeta que gostaria de voltar a conversar com ela. Sua reação foi de cortar o coração: *“Pra quê? Você é nova, bonita, inteligente, por que está perdendo tempo comigo? Eu não tenho futuro...”*. Eu insisto e digo que estava sendo muito importante saber da sua história. Violeta reitera que era uma perda de tempo, mas aceita um novo encontro.

Sugere a quarta-feira seguinte, quando iria ao CAPS buscar sua medicação, antes de sua viagem.

Saí da entrevista sentindo o peso da impotência, diante de tamanha dor e desesperança.

Entrevista 3

Eu já estava no CAPS quando fui informada de que Violeta tinha chegado. Fui logo ao seu encontro. Para minha surpresa, ela estava acompanhada de sua nora, a Aline. Violeta nos apresentou, se desculpou pelo atraso, avisou que poderia conversar um pouco, e perguntou se sua nora podia participar da nossa conversa, pois lhe “trazia paz” (sic). Pedi que Aline aguardasse e avisei que conversaríamos o tempo que Violeta pudesse. Violeta pegou os remédios que utilizaria na viagem de um mês, e nós duas seguimos para o ateliê.

Violeta comentou que Aline a tinha acompanhado por receio de que a equipe do CAPS não entregasse toda a medicação necessária para o mês de viagem. Durante a entrevista, reconheceu que a nora a ajudava e a incentivava, que a acompanhava a todos os lugares, até porque Violeta costumava andar no meio da estrada para ser atropelada. Pensei comigo: a nora era uma espécie de guarda-costas e Violeta uma bomba-relógio!

Aline tinha alisado o cabelo de Violeta e ia pintá-lo para a viagem. Ela não me pareceu muito entusiasmada com esses cuidados estéticos, e logo imaginei que tinha sido iniciativa da nora. Falando da viagem, Violeta ficou mais animada, sobretudo quando menciona sua intenção de visitar os sogros assim que chegasse. Segundo Violeta, eles a tratam muito bem. Enquanto elencava o que queria comer quando chegasse lá, Violeta demonstrou ainda mais afeto, dizendo que lá tinha muita fartura, tinha muita comida, que ia comer tudo o que sentia falta aqui.

Os pensamentos de Violeta se organizavam em torno da viagem que se aproximava. Contou que Betina e Cleber estavam planejando levar apenas uma mala de mão no avião, mas

que ela ia despachar uma mala com roupas, vestidos, sandálias, uma coberta e o chinelo que estava usando. Interrompe aquele fluxo associativo para revelar que tem medo de “pegar avião” (sic). Fiquei surpresa ao vê-la com medo, já que falava com tanta naturalidade da morte, a menos que não fosse medo de morrer...

Violeta já estava planejando não se sentar perto de Betina no avião. Aproveito para aprofundar a minha compreensão sobre o relacionamento de mãe e filha. Violeta contou que a filha a chamava de “maldita” (sic) e que também batia nela, o que já foi diferente da versão anterior de Violeta em que apenas ela batia na filha. Mais uma das revelações chocantes de Violeta: avisou a filha, que se ela não parasse de ofendê-la, ia “comprar um revólver e descarregar (sic) nela”.

Depois Violeta contou que Guilherme e sua nora estavam procurando uma casa para alugar. Fiquei apreensiva com essa notícia. Logo imaginei Violeta morando com a filha e o marido, em meio a discussões violentas. Mas, em seguida, Violeta esclareceu que mudaria junto com Guilherme e Aline. Ela mostrou novamente as fotos do aniversário do filho no seu celular. Contou que ele lhe deu o primeiro pedaço de bolo e que dizia que queria se casar com uma mulher que cuidasse de sua mãe. Violeta conclui que ela trata bem quem a trata bem e acrescenta à sua percepção: aqueles que a convenciam a não se matar e que a acalmavam.

Em outro momento da entrevista, confessa que já passou por muita coisa: “já roubei, já matei”. Percebendo meu próprio espanto com aquela declaração, decidi começar perguntando sobre o roubo. Violeta respondeu que ela já tinha roubada uma planta da vizinha. Contou que a planta estava malcuidada, sem água, como se estivesse agoniada com o desamparo da planta. Violeta pegou a planta no meio da madrugada. Além desse episódio, costumava “pegar” plantas que ainda não tinha. Percebo uma mistura de cuidado com a planta e inveja daquele que a possuía. Em meio a tantos sentimentos contraditórios, Violeta contou que “mexer com plantas” é o que ela mais gosta de fazer, e é sua única distração.

Após essa revelação, perguntei o que Violeta quis dizer quando mencionou que já matou. Ela respondeu, sem titubear: “matei minhas filhas”. Novo sentimento de confusão, fiquei em silêncio, não sabia o que dizer. Sabia que ela havia desprezado pelo menos três de suas filhas, mas havia momentos em que mostrava certa consideração pela filha mais velha. Arrisco perguntar se ela sentia que tinha matado suas filhas dentro dela. Violeta disse que sim, mas fiquei em dúvida se estávamos nos comunicando metaforicamente ou não. Talvez ela não fizesse ideia do que eu estava falando. Penso que esta última percepção se confirmou por um comentário de Violeta, na sequência, feito em um clima de segredo e em voz baixa: “Mas não sei o que acontece, elas [filhas] aparecem de novo...”

Senti que estava adentrando um cenário de filme de terror, o terror que Violeta vivenciava, sobretudo quando deixava de tomar sua medicação, como ela mesma admitira, porque sem os remédios não dormia. Começava a pensar e aqueles “pensamentos horríveis” não a deixavam dormir. Ao consultar seu prontuário, encontrei uma citação literal de Violeta que parecia traduzir um pouco do horror da dissociação: “Cortaram minha cabeça com tesoura de jardineiro e me levaram para o hospital sem cabeça. Lá os médicos improvisaram essa cabeça pra mim, só que esta ficou mais leve que a outra de verdade, e eu fico sentindo um monte de minhoca andando por dentro”.

Chegando ao final da entrevista, Violeta atendeu o celular no viva-voz. Escutei Betina perguntando onde ela estava e apressando a mãe. Ao desligar a ligação, Violeta disse que precisaria ir embora e foi se levantando da cadeira. Pedi que ela ficasse mais um pouco, pois eu precisava preencher o TCLE e também o formulário. Violeta aceitou com facilidade. Falei que o TCLE era um documento autorizando sua participação na minha pesquisa. Ofereci para ler para ela, já que senti que ela ficou apreensiva. Ela aceitou e prestou atenção em tudo, mas fez uma advertência: “Não vai contar o que eu te falei, vão ficar com medo de mim”. Eu reforcei a confidencialidade do que tínhamos conversado, e que sua identidade não seria revelada. Em

outro ponto da leitura do TCLE, ela interrompe para se certificar do sigilo: “Não vai contar que quero me matar, eles vão me internar!”, repetindo mais de uma vez que não queria ser internada.

Terminando a leitura do TCLE, sinalizei que no final do documento constavam meus dados, em caso de dúvidas sobre a pesquisa. Violeta apontou para o número do meu telefone e perguntou se poderia me ligar quando não estivesse bem. Violeta me pegou de surpresa com aquela pergunta e, sabendo da gravidade, respondi firmemente que não poderia me ligar, que eu não poderia ajudar, e que neste caso precisaria ligar no CAPS. Entretanto, fiz a ressalva de que poderia me ligar, se tivesse alguma dúvida sobre a pesquisa ou algo relacionado às entrevistas.

Assinado o TCLE, comecei a preencher os dados de Violeta no Formulário de caracterização das participantes. Chamou a minha atenção o fato dela ter sido a única participante que se identificou como negra, sem titubear. Outra questão que me pareceu relevante foi a profusão de lapsos de memória: Violeta não lembrava da idade dos filhos, tampouco de seu tempo de tratamento no CAPS ou do seu diagnóstico psiquiátrico. Qual seria a origem desses apagões de memória? Não haveria espaço suficiente para tantos dramas, tais lacunas teriam a função de protegê-la da angústia, seriam resultado da medicação ou dos surtos? Enfim, segundo a vivência de Violeta, era como se tivessem arrancado sua cabeça e trocado por outra...

Com o formulário preenchido, Violeta se apressou para ir embora e se despediu: “Foi um prazer conversar com você!”. Eu agradei sua disponibilidade. Estava grata por ter compartilhado comigo suas dores e suas turbulências existenciais. Não sei se as mais significativas, ela deve ter muito mais a dizer, mas sinto que estava de posse de algo muito valioso.

Capítulo 4. Interpretações e Interlocuções Reflexivas

“Nós somos Mulheres de todas as cores
De várias idades, de muitos amores
Lembro de Dandara, mulher foda que eu sei
De Elza Soares, mulher fora da lei
Lembro de Anastácia, valente, guerreira
De Chica da Silva, toda mulher brasileira
Crescendo oprimida pelo patriarcado”
Doralyce Gonzaga / Silvia Duffrayer
Trecho da música “Mulheres”

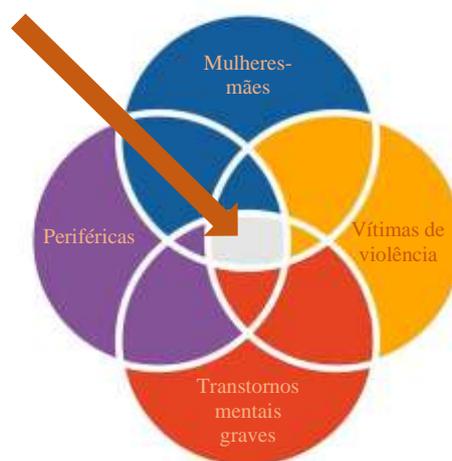
Neste capítulo, discutiremos os dois campos de sentido afetivo-emocional e um subcampo que foram criados/encontrados a partir da análise interpretativa do material de pesquisa, aqui tomados como emblemáticos da experiência emocional de mulheres sobre o próprio processo de adoecimento, na perspectiva das próprias mulheres. Ressaltamos que não pretendemos esgotar o assunto, pois é evidente que a experiência emocional das participantes é complexa, dinâmica e transborda esses campos que reúnem suas vivências enquanto mulher-mãe-louca³⁴. Vale destacar que embora as reflexões tecidas neste capítulo derivem do encontro da pesquisadora com as mulheres entrevistadas, nem por isso deixam de ser pessoais, na medida em que são fruto do trabalho interpretativo da pesquisadora. Ainda que tais interpretações tenham sido coletivizadas em busca de certo consenso, sabemos que outras perspectivas de entendimento poderiam ter sido exploradas por outros pesquisadores.

Interessadas na experiência emocional de mulheres usuárias de CAPS, deparamo-nos com mulheres-mães, com transtornos mentais graves e crônicos, com uma longa trajetória no

³⁴Utilizamos a palavra “louca” provinda do senso comum, como forma de nos aproximarmos da experiência emocional das participantes. Apesar deste termo, em nossa cultura, ter conotação pejorativa, não compactuamos com qualquer discriminação ligada à loucura.

tratamento da saúde mental, de classe social desfavorecida e vítimas de diversas formas de violência. Alinhadas ao olhar interseccional, que busca compreender a experiência a partir do entrecruzamento de múltiplas condições concretas de vida, pretendemos refletir aqui sobre como essas mulheres vivenciam e significam o processo de adoecimento. A Figura 1 ilustra o contexto de vida das participantes deste estudo de uma perspectiva interseccional:

Figura1. Ilustração interseccional dos contextos de vida das participantes³⁵



Consideramos que as múltiplas condições em que essas mulheres se encontram produzem uma experiência particular, que não se trata da somatória das suas condições de gênero, raça, classe, idade, entre outros marcadores, mas sim a multiplicação dessas condições (Nogueira, 2017). Passarem, a seguir, as interlocuções reflexivas acerca dos dois campos de sentido afetivo-emocional e um subcampo que iluminam as complexas experiências dessas mulheres.

³⁵ Fonte: <https://pt.vecteezy.com/arte-vetorial/5893532-diagrama-venn-colorido-com-4-circulos-modelo-infografico-circular-quatro-circulo-interseccionado-grafico-vazio-redondo-grafico-para-gerenciamento-e-processo-de-negocio-ilustrado-vetor-isolado>

Campo 1. Há males que vem para o mal

O primeiro campo de sentido afetivo-emocional intitulado “Há males que vem para o mal” pressupõe a lógica segundo a qual eventos traumáticos adoecem. No decorrer das Entrevistas Transicionais, as participantes identificaram múltiplos traumas ao longo de suas vidas, sendo o próprio adoecimento um deles. As participantes parecem descrever os eventos traumáticos como situações extremas que desencadeiam muito sofrimento.

Buscando exemplificar este campo, apresentaremos alguns trechos das narrativas transferenciais. No caso de Rosa, a experiência de perder a guarda da filha emerge algumas vezes nas entrevistas, desencadeando uma reação emocional de desconforto e sofrimento, como no trecho a seguir:

Dentre as muitas histórias relatadas, nem sempre de forma linear, Rosa contou que se tornou mãe aos 20 anos e sua filha tem hoje 21 anos. Enquanto falava da filha, Rosa ficou ainda mais agitada e confusa. Em meio a um embolado de falas, ela disse que não tinha como sustentar a filha e começou a se prostituir para conseguir dinheiro. Refere uma ocasião, em que foi abordada por uma assistente social, acompanhada de outra pessoa. Enquanto Rosa e a assistente conversavam, a outra mulher pediu para segurar no colo a sua filha. Neste momento do seu relato, Rosa pegou sua bolsa e encenou a moça pegando sua bebê no colo. Disse que ao pegar a bebê, a mulher saiu correndo. Rosa começou a gritar desesperada e a assistente social, tentando acalmá-la, disse que ia ser melhor assim e que depois ela poderia lutar para ter a filha de volta, o que nunca aconteceu.

Depois da perda da guarda da filha, Rosa vivenciou uma série de eventos que se revelaram igualmente traumáticos. Dentre eles, ter sido chamada de “lixo humano” (sic) por

uma pessoa desconhecida enquanto ela estava em busca de roupa na rua para poder visitar a filha que estava abrigada. Não contendo sua fúria diante do insulto, furtou uma mulher e foi presa, reclusão que a princípio seria curta, mas que se estendeu por vários anos. Rosa entende que o cerne da questão foi ter perdido a “cabeça boa” (sic), como sua mãe lhe ensinara, o que para ela representou a ruína da esperança por dias melhores e, por conseguinte, da contenção de seu comportamento impulsivo.

Azaleia também relaciona seu adoecimento à perda da guarda dos filhos gêmeos. Entretanto, conta que foi quando os gêmeos ainda eram pequenos que a sua família armou uma armadilha para roubar-lhe os filhos. Azaleia foi internada involuntariamente, conforme mostra este trecho narrativo:

Chegando à igreja, atendendo a um chamado para o culto, conta que a prima roubou sua identidade, a mãe pegou seus filhos e ela foi internada em um sanatório, como louca e usuária de drogas. Disse que estava bem quando internada, mas que, ao ficar trancada no sanatório, “virou um monstro” (sic) e não aceitava tomar a medicação.

Apesar de reconhecer que esteve mais deprimida durante a gestação, o que relaciona ao fato de ter necessitado repouso, mas após o nascimento sentia que estava cuidando bem dos filhos pequenos. O único fato que reconhece ter ocorrido àquela época foi a falta de autocuidado. Sentiu-se traída por perder a guarda dos filhos, nunca superou esse fato, o que ela revela na história criada para o PDE-Tema:

A história dela é muito triste. Muitos anos e muitos anos. Dezoito anos sofridos sem resposta daquilo que ela queria saber da vida dela. Passou um bocado na vida, sofreu bastante. Ainda bate uma tristeza imensa. Queria solução da minha vida. Queria uma vida mais alegre, mais ativa. Queria uma vida sem as pessoas criticarem, não pode ter liberdade.

Tenho muita saudade de mim. Era uma mulher ativa, trabalhadeira, ganhava meu dinheiro, tinha liberdade. Parei no tempo, tudo me machuca, me magoa, me deixa desanimada. Sinto falta do Murilo [um dos filhos gêmeos]. Muito injusto! Angústia no coração não poder criar os próprios filhos.

Azaleia sente que sua vida ficou suspensa no trauma desta perda, ao que se acrescentaram outras dificuldades no âmbito das relações familiares e do trabalho, por exemplo.

Já Margarida mudou de estado quando era jovem, distanciando-se de sua família para morar com uma tia. Logo se casou, voltou a mudar de cidade, teve um filho com seu marido, mas se separaram quando o menino era pequeno. Margarida foi traída pelo ex-marido com sua melhor amiga. Ela se tornou mãe solo, o ex-marido não participou da criação do filho, o que ela identifica como a primeira situação de intenso desamparo. Depois, apesar de ter tido outro relacionamento, que parecia mais saudável, ao adoecer e tentar se matar quando foi demitida do trabalho injustamente, o novo marido não aguentou e a abandonou, algo comum de acontecer (Pegoraro & Caldana, 2008). Além disso, Margarida também foi atacada por um assaltante, e carrega uma seqüela desse evento: a perda do movimento da mão, que lhe tirou a esperança de voltar a trabalhar em sua área. Diante de tantas perdas, Margarida conta

Que havia tentado o suicídio por três vezes e, chorando, confessa que achava que o suicídio era a melhor saída. Uma das tentativas de suicídio foi por enforcamento, no seu quintal. Pelo que entendi, ela se jogou com uma corda no pescoço, mas não se asfixiou. Ficou pendurada e, então, pediu ajuda para uma amiga, que a socorreu. Foi até o “fundo do poço” (sic), mas conseguiu sair.

Para refletir sobre os efeitos dos eventos traumáticos, recorreremos a Winnicott (1896-1971)³⁶, psicanalista que valoriza a importância do ambiente no desenvolvimento humano

³⁶ Não podemos deixar de salientar que a teoria winnicottiana foi desenvolvida em contexto europeu, entre as décadas de 1930 e 1970, a partir do estudo de famílias de classe média tradicionais e nucleares, ou seja, em um

como facilitador da tendência inata ao crescimento. De acordo com sua teoria sobre o amadurecimento emocional, o bebê nasce completamente dependente da provisão de cuidados da mãe ou de outro cuidador, de quem se espera adaptação sensível aos processos maturacionais do bebê. Apesar do papel central do ambiente humano, o autor explica que este não faz a criança, mas favorece que ela desenvolva seu potencial. Em outros termos, o desenvolvimento depende da interação entre o potencial da criança e as condições ambientais (Winnicott, 1963/2007).

Já o conceito de “preocupação materna primária” alude ao estado emocional da mãe de cuidado devotado ao bebê, a partir de sua identificação com ele e da renúncia, ainda que temporária, a seus interesses anteriores. Contrário à idealização de uma mãe perfeita que não falha, ou não priva o bebê, Winnicott (1960/2007a) denomina de mãe suficientemente boa aquela que “alimenta a onipotência do lactente” (p. 133), o que é essencial ao desenvolvimento do *self* verdadeiro. Não podemos deixar de destacar que a mãe ou outro cuidador depende de uma rede de suporte, tanto emocional quanto material, para entrar neste estado de preocupação materna primária e desempenhar essa função de cuidado de forma suficientemente boa.

Em contrapartida, quando não há habilidade em reconhecer as necessidades do bebê e atendê-las, a mãe/ambiente falha em acolher o gesto espontâneo do bebê, conduzindo-o pela via da submissão ao ambiente. A conquista da maturidade fica comprometida quando a pessoa se desenvolve em um ambiente social imaturo ou doente (Winnicott, 1963/2007), pois quando o ambiente falha repetidamente neste estágio primitivo do desenvolvimento, constituindo um padrão, provoca reações defensivas no bebê, interrompendo seu processo de vir-a-ser

cenário radicalmente diferente das participantes deste estudo. Apesar disso, a leitura crítica da teoria de Winnicott ilumina os fenômenos aqui estudados e gera diálogos fecundos.

(Winnicott, 1963/2007). Winnicott (1971/2019f) reflete, em termos de privação, sobre o que seria a experiência de loucura:

Devemos presumir que a grande maioria dos bebês jamais vivencia uma quantidade de privação $x + y + z$. Isso significa que a maioria das crianças não carrega consigo por toda a vida o conhecimento da experiência da loucura. Loucura, nesse caso, representa uma *ruptura* com aquilo que existe no momento de uma *continuidade pessoal da existência*. Após a “recuperação” da privação $x + y + z$, o bebê precisa recomeçar, permanentemente privado da raiz que poderia proporcionar uma *continuidade com o início pessoal*. Isso implica a existência de um sistema de memória e de uma organização das memórias. (p. 158)

Enquanto para Winnicott (1960/2007b) o traumático está ligado às falhas do ambiente humano em atender as necessidades do bebê, para Ferenczi (1932/1992), o trauma é originado de um abuso sexual, cometido pelo adulto contra uma criança. No entanto, o autor estende o conceito de trauma para negligências, abusos físicos excessivos ou mesmo a atitude hipócrita do adulto que causa confusão na criança (Lejarraga, 2008). Para nós, interessa saber que o autor identifica o trauma como um choque inesperado, que é “equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa de si mesmo” (Ferenczi, 1932/1992, p. 109).

Ampliando a compreensão do trauma para além da infância, encontramos, na presente pesquisa, mulheres que foram repetidamente traumatizadas em suas vidas. Para além de possíveis falhas ambientais nos estágios iniciais, percebemos como as participantes referem uma sucessão de atravessamentos que interrompem a continuidade de ser, despertando reações e sofrimento. Ferenczi (1932/1992) destaca o aspecto da não representação do trauma, enquanto Winnicott (1960/2007b) adjetiva a agonia como impensável, desencadeando, para ambos os autores, mecanismos dissociativos que visam a proteção do *self*. Tal estratégia, concebida por

Winnicott (1960/2007a) como um falso *self*, em seus variados níveis de ocultamento do *self* verdadeiro, assume a condução da vida da pessoa traumatizada de modo a conseguir sua adaptação à realidade, ainda que à custa de sua espontaneidade e realização pessoal. Nos casos mais severos, tais interrupções traumáticas do viver podem gerar graves distúrbios psíquicos, a depender da maturidade pessoal e do ambiente de contenção do sofrimento.

Como o leitor pôde acompanhar no capítulo de Narrativas Transferenciais, o relato de Violeta refletia a fragmentação de seu estado emocional, à medida que compartilhava uma história de vida repleta de lacunas. Não foi sem esforço que resgatamos algumas das peças que encaixavam no sentido que ali se desenhava. Ao relatar como foi sua primeira internação, por exemplo, neste trecho da NT:

Em uma sexta-feira, ela trabalhou até as nove da noite, como de costume. Na segunda-feira seguinte, Violeta não voltou, tinha sido internada. Ela não se lembrava do que tinha acontecido. Quando se deu conta, estava internada no hospital, onde ficou por um mês. Não podia fumar, o que a deixou desesperada, porque ela era “louca por cigarro” (sic). Depois desse primeiro mês, ela foi transferida para outro hospital psiquiátrico. Era ruim, pois ficava amarrada. Seu filho era pequeno e ia visitá-la, mas não a via quando estava amarrada.

Em uma das recuperações que fizemos de sua história, descobrimos que ao ter seu filho homem, o filho tão desejado, Violeta obteve licença-maternidade e tirou férias para cuidar de seu bebê, quando tudo parecia correr bem. Terminada a licença, Violeta retorna ao trabalho de empregada doméstica, onde observa um aumento de tarefas, já que passou a cozinhar na casa da patroa. Essa foi a única mudança que Violeta pôde perceber nos primeiros anos de vida de seu filho, antes de que vivesse um “apagão”, do qual “acordou” internada. Ela mesma não entendeu o que a levou à sua primeira internação psiquiátrica, o que nos faz pensar no esforço de Violeta para se proteger do que deve ter sido insuportável. Podemos supor a dissociação

winnicottiana de que fala Lejarraga (2008, p. 132): “Isola o si-mesmo, separando-o do resto do ser, para que não volte a ser ferido”. Quando tivemos acesso a uma citação literal de Violeta em seu prontuário clínico, pudemos atestar como os tortuosos caminhos do sentido buscam integrar uma experiência sem sentido ao *self*:

Cortaram minha cabeça com tesoura de jardineiro e me levaram para o hospital sem cabeça. Lá os médicos improvisaram essa cabeça pra mim, só que esta ficou mais leve que a outra de verdade, e eu fico sentindo um monte de minhoca andando por dentro (sic).

Já Camélia localiza o início de sua história de adoecimento ao sofrer um estupro coletivo, do qual ela engravidou. Camélia referia este filho como um “milagre” (sic), assim atribuindo um significado à violência brutal da qual foi vítima. Apesar de sua sensibilidade à temática da violência contra a mulher e o sentimento ambivalente que nutria em relação aos homens, ora protetores e ora algozes, Camélia minimiza seu sofrimento, inclusive contestando seu diagnóstico e a necessidade de tratamento, o que nos faz refletir sobre a perenidade dos efeitos dos traumas. O nível de comprometimento de sua vida não permite negar o quanto foi traumático ser interrompida pela violência sexual, pelo adoecimento mental e por outras condições de vida.

Em relação ao trauma do adoecimento mental, Winnicott (1959/2007) destaca, ao refletir sobre a contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica, a importância de considerar o ambiente no qual a pessoa se desenvolveu para compreender sua desordem emocional, o que se alinha ao nosso posicionamento sobre a indissociabilidade entre a conduta e seu contexto (Bleger, 1963/2007). Ademais, o diagnóstico psiquiátrico tem se mostrado tarefa complexa, dado o estágio das pesquisas científicas em saúde mental. Temos testemunhado em nossa prática os inúmeros diagnósticos que uma mesma paciente recebe ao longo de sua vida, bem como o fato de que um mesmo sintoma ou grupo de sintomas ser compartilhado por

diferentes transtornos, assim como pessoas tidas como “normais” também podem fazer uso de mecanismos de defesa primitivos, sempre que tiverem a integridade do *self* ameaçada. Considerando os adoecimentos mais graves, a psicose³⁷ pode ser uma alternativa defensiva diante de falhas ambientais recorrentes que ocorreram quando o bebê estava no estágio de dependência absoluta, ocasião em que ainda não tem capacidade de reconhecer os traumas (Winnicott, 1959/2007).

Figueiredo e Coelho Junior (2018) buscaram organizar o vasto pensamento psicanalítico quanto a suas bases teóricas, às modalidades de adoecimento psíquicos e às diferentes estratégias de cura, chegando a duas matrizes básicas, que podem contribuir com as reflexões que ora fazemos. Antes faremos uma breve explicação dessa proposta para uma atualização da psicanálise, cientes de que não cabe aqui aprofundar nesse complexo pensamento.

De saída, os autores afirmam que ambas as matrizes partem do pressuposto de que “adoecimentos psíquicos podem ser universalmente pensados como interrupções nos processos de saúde” (Figueiredo & Coelho Junior, 2018, p. 9). A primeira matriz designada como freud-kleiniana toma a angústia como central nos adoecimentos psíquicos, desencadeando defesas ativas, ou seja, a interrupção dos processos de saúde se dá pela ativação exacerbada de defesas primitivas. Esta matriz de compreensão estaria voltada aos tipos de sofrimento que se expressam por uma atividade psíquica inesgotável e pela insuficiência das funções egóicas (Figueiredo & Coelho Junior, 2018).

Figuereado (2018) explica que nos casos mais graves, desde o início da vida “os mecanismos adaptativos e regulatórios precoces se convertem em mecanismos de defesa primitivos” (p. 89), de forma que a gravidade do adoecimento estaria ligada à precocidade e

³⁷ Utilizamos aqui o termo psicose no referencial psicanalítico, referente a um funcionamento psíquico primitivo e precário, que se diferencia da perspectiva psiquiátrica, baseada em sintomas.

intensidade com que tais mecanismos ocorrem. Completando, o autor coloca: “É como se o adoecimento psicótico implicasse uma magnitude incontrolável de ativação de angústias por parte de uma pulsionalidade indomável e bruta, e uma ativação igualmente grande de defesas radicais, sempre totalmente ineficazes nessas circunstâncias” (Figueiredo, 2018, p. 93). Essa ativação psíquica que é deflagrada pela angústia nos remete ao caso de Rosa e o transbordamento que é expresso sob a forma de incêndio:

No passado, Rosa havia participado de uma rebelião em que as detentas atearam fogo à cadeia. Depois da terceira entrevista, soube por Tais [profissional] que Rosa tinha incendiado a cortina da casa onde morava. Fiquei pensando na raiva que a incendiava e na dificuldade de controlar os impulsos.

Em outro trecho, Rosa compartilha como experimenta sua impulsividade:

Ao nos sentarmos para iniciar a entrevista, Rosa relatou que tinha agredido uma colega da sua casa. Contou que se tratava de uma mulher idosa que tinha uma deficiência: não tinha um seio. Disse que a mulher a irritou e que não conseguiu se segurar. Comentou que a Tais ainda não sabia do ocorrido e que ia ficar brava, porque ela tinha prometido que não iria agredir mais ninguém. Rosa estava preocupada por ter descumprido sua promessa.

Comentou também que recentemente quebrou os vidros do CAPS, em mais um de seus rompantes de raiva, e que ia ter que pagar um por um.

A seguir, Rosa manifesta certa desconfiança quanto à assinatura do TCLE da pesquisa: *Quando eu estava indo embora do CAPS, Rosa veio ao meu encontro e da Tais, sua profissional de referência, perguntando se ela havia assinado sua alta do CAPS. Pareceu que assinar o TCLE misturou-se com algo nesse sentido. Eu respondi que não, mas Rosa começou a ficar agitada e agressiva. Quase agrediu outra usuária que passou*

do seu lado naquele momento. Tais interveio na situação, levando Rosa para sentar-se na sala de equipe. Ela estava nervosa, falava alto...

Esses fragmentos narrativos parecem ilustrar o adoecimento psíquico que se manifesta pelo funcionamento de ativação excessiva. Considerando que “a angústia é uma resposta do eu que se encontra “sob ameaça” em sua integridade narcísica e em sua existência” (Figueiredo, 2018, p. 55), percebemos como Rosa apresenta um comportamento reativo³⁸ já cristalizado, diante dos intensos conflitos que vivencia. Percebemos como as ameaças que invadem Rosa interrompem seus processos de saúde.

Nesta outra passagem do texto de Figueiredo (2018), quando o autor se refere ao processo de intensificação das defesas, somos levadas a pensar em Violeta:

O que ocorre, porém, é que objetos externos e internos acabam participando de circuitos mais ou menos fechados em que a própria distinção entre eles tende a se desfazer. Acreditamos que esta suposição kleiniana, nunca denominada claramente por ela, leva ao máximo de potência a ideia de “adoecimento por ativação”: não só angústias e defesas são ativadas, mas *é ativado o próprio circuito do sofrimento*, que passa a funcionar com relativa autonomia em uma “realidade histórica” que é fundamentalmente construída e mantida a partir da realidade psíquica. (p. 77)

Observamos como Violeta se defende intensamente sempre que o sofrimento excede a capacidade de assimilação do psiquismo, recorrendo inclusive à projeção. O relato de sua vida deixa entrever momentos de indiferenciação entre fantasia e realidade, resultando em sentimentos de confusão para ela e para o outro. Os sentimentos intensos de amor e ódio, quando não alcançam a integração colorem tanto a forma como Violeta vê o mundo relacional

³⁸ Lembramos aqui da contribuição winnicottiana de que quando o bebê está reagindo, ele foi interrompido em sua continuidade de ser.

quanto as defesas das quais lança mão. Os personagens da sua história podem se tornar perseguidores que precisam ser combatidos com a mesma violência. Esse quadro de destruição total nos levou associativamente às históricas lutas do cangaço brasileiro.

Já a segunda matriz de compreensão, denominada ferenciana por seu alinhamento com a obra de Sandor Ferenczi (1873-1933), segundo Figueiredo e Coelho Junior (2018), emerge das demandas de uma clínica psicanalítica contemporânea que lida com interrupções no processo de saúde ainda mais precoces. Neste caso, a experiência de ruptura desperta agonia, ao invés da angústia como nos adoecimentos abarcados pela primeira matriz, dado o aniquilamento da capacidade de defesa e resistência, gerando um sofrimento por passivação. Segundo os autores, aqui observamos o esgotamento mortífero do psiquismo, sendo as psicopatologias do vazio um exemplo.

Nas palavras de Coelho Junior (2018, p. 131): “os traumas provocam no traumatizado um processo de passivação, evocando nele uma condição de passividade, inércia”, um colapso da capacidade defensiva. Trata-se de uma “defesa passiva, que, paradoxalmente, entrega o psiquismo traumatizado ao desamparo mais extremo, à condição extrema de ser e estar indefensável” (Coelho Junior, 2018, p. 132), faz parte do adoecimento de pessoas mortificadas, que tiveram partes de si congeladas. A participante Margarida, que relata uma tristeza que se instalou sem qualquer percepção do que lhe despertou tal sofrimento, transformando aquela pessoa alegre e sorridente do passado, parece-nos ilustrar esse tipo de sofrimento.

Margarida pensou em recorrer ao suicídio. Como Coelho Junior (2018, p. 154) aponta: a “busca incessante da morte é uma resposta à necessidade de reviver a perda do sentimento de continuidade de ser, para tentar recuperar, por meio do suicídio, o controle do colapso já vivido, mas não experienciado”. Nessa perspectiva, as tentativas de suicídio de Margarida poderiam ser compreendidas como esforços de retomada da continuidade de ser, escapando do esgotamento mortífero no qual se via imersa.

Figueiredo e Coelho Junior (2018) propõem uma psicanálise transmatricial, ou seja, articulando diferentes modos de entendimento que visem a complexidade do sofrimento psíquico e não a defesa de uma escola. Concordamos com a necessária articulação dos saberes produzidos pela psicanálise em prol do aprimoramento de nossa compreensão sobre o adoecimento psíquico e suas intersecções com as condições concretas de vida, como nossas participantes tão bem expressaram.

Ao considerar as vivências mencionadas pelas participantes como traumáticas, percebemos que todas foram vítimas de violência de gênero, seja sexual, física, psicológica, patrimonial ou mesmo institucional. Tal achado não surpreende, já que existe uma vasta literatura sobre a relação entre adoecimento mental e violência de gênero (Andrade & Martins, 2023; Faria & Paiva, 2023; Khalifeh et al., 2015; Oram et al., 2017; Zanello, 2014b). Do ponto de vista da experiência vivida por essas mulheres, destacamos a situação de extrema vulnerabilidade produzida pela intersecção da loucura com os marcadores sociais de gênero, raça e classe. A fim de recuperar alguns dos episódios de violência identificados como traumáticos pelas participantes, destacamos os seguintes excertos de NT:

Margarida explica que seu marido não aguentou. Cita, inclusive, sua médica psiquiatra dizendo que muitos maridos vão embora, que poucos aguentam enfrentar o adoecimento da esposa. Margarida acrescenta, em tom compreensivo, que não guarda mágoa do marido, fazendo suas as palavras da médica. Por trás dessa aparente aceitação, senti o impacto dessa história de perdas e abandonos. A própria Margarida começa a reconhecer a índole do ex-marido quando este tenta judicialmente ficar com a casa em que ela mora, deixando-a em uma situação muito difícil. Ela percebe que por não estar bem demorou para se dar conta da injustiça, mas que agora se sentia forte para lutar pelo que sabia que tinha direito.

Já em relação à Violeta, os conflitos conjugais marcam seus dois casamentos:

O ex-marido, de quem ela já era separada na época, quando soube de seu problema disse que ia “sambar em cima do teu caixão” (sic), desejando sua morte.

Violeta esclarece a situação, mencionando que já tinha sido agredida fisicamente pelo seu então marido, embora ele tenha prometido nunca mais encostar nela. “Hoje, ele só grita, não bate mais”. Aquela me pareceu uma postura típica de uma mulher que é vítima de violência doméstica, contente com o fato de ter deixado de apanhar e sofrer “apenas” violência psicológica.

Além dos trechos acima destacados, podemos citar outras situações vivenciadas: a forma violenta como Rosa perdeu a guarda da filha, que, segundo seu relato, ocorreu sem um manejo adequado por parte das profissionais; o assalto sofrido por Margarida que lhe deixou uma seqüela na mão; e Camélia que foi vítima de estupro. Este cenário de violência que se espalha para todas as áreas da vida e contamina todos os relacionamentos parece perpetuar a si mesmo, sem encontrar outra forma de escoar o sofrimento. Aqui encontramos o ódio incendiário de Rosa, e os impulsos assassinos de Violeta que *“avisou a filha, que se ela não parasse de ofendê-la, ia comprar um revólver e descarregar nela”*.

Outro ponto a ser salientado é que dentre as cinco mulheres entrevistadas, quatro delas tinham um longo histórico de tratamento em saúde mental, tendo passado por internações em hospitais psiquiátricos – os antigos manicômios. Quanto a essa experiência, as participantes têm péssimas recordações e relatam, em tom de denúncia, que sofreram maus tratos.

Consideramos que a experiência de internação em um manicômio figura como mais um dentre os eventos traumáticos que marcaram a vida dessas mulheres. Apesar de não podermos confirmar os maus tratos referidos pelas participantes, pois sabemos que o adoecimento pode comprometer o contato com a realidade, a violência institucional contra as pessoas em sofrimento mental grave é um fato no Brasil. Tanto a Reforma Psiquiátrica, quanto a Luta Antimanicomial surgiram para combater as violações de direitos humanos (Amarante & Nunes,

2018; Onocko & Sousa Campos, 2022), sendo o CAPS um dos serviços da RAPS que busca promover um cuidado humanizado, respeitando a singularidade de cada paciente. Pudemos perceber, apesar da ambivalência de alguns relatos, o reconhecimento das participantes quanto ao valor do cuidado à crise oferecido pelo CAPS, principalmente o recurso do leito-noite, diferenciando-o da internação psiquiátrica, conforme revelam os trechos narrativos:

No hospital psiquiátrico, ela [Violeta] era maltratada, por isso quando não estava bem, preferia ficar no leito-noite do CAPS. Quando precisava, ela passava uns três ou sete dias internada no leito-noite e voltava para casa ao melhorar.

Azaleia declara que gostava mais de ficar internada no leito-noite do que em sua casa.

No CAPS, ela tem mais companhia, conversa com as pessoas e tem liberdade. Os enfermeiros colocam música e ela dança, algo que não pode fazer em casa.

Em contraste com a internação em instituições fechadas, o leito-noite no CAPS configura-se como um cuidado no território, oferecido pela equipe com a qual as pacientes têm vínculo. Contudo, com Onocko-Campos (2019) não deixamos de notar que existem muitos retrocessos no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tornando necessária a continuidade da luta pelo acesso digno à saúde pública, tal como defendido pelo SUS.

Tendo em vista o intenso sofrimento psíquico que testemunhamos, valorizamos a disponibilidade emocional das participantes para compartilhar suas histórias, o que pode representar resistência e uma força de vida. Percebemos que ao final da costura dos encontros da pesquisadora com as participantes, colhemos histórias de vidas fragmentadas, porém profundas.

Subcampo. “Sobrevivendo em solo árido”

O subcampo de sentido afetivo-emocional intitulado “Sobrevivendo em solo árido” organiza-se segundo a lógica de que a precariedade socioeconômica gera muitos sofrimentos. As participantes referem esse impacto emocional trazendo à tona contextos de condições econômicas desfavoráveis, que levam à fragilização da rede relacional, agravando as situações que vivenciam. Não podemos deixar de destacar que este subcampo está diretamente relacionado com a forma como essas mulheres brasileiras experienciam os traumas e o adoecimento a que são acometidas.

Tal subcampo pode ser ilustrado pelo caso de Rosa, quando reconhece que apelou para a prostituição para sustentar o uso de drogas e para pagar uma moradia, quando estava em situação de rua. Ao contar que, em um rompante de raiva, havia quebrado os vidros do CAPS e que foi responsabilizada pelo conserto, ela relata, conforme o trecho da NT, que:

Não sabia como arcaria com os gastos. Embora tivesse o benefício do governo, estava cheia de dívidas. Rosa estava devendo um caldo de cana, por exemplo. Naquele momento, ela se lembrou que não podia mais entrar na padaria do bairro, porque no passado já havia tentado furtar algo de lá.

Em outro momento da entrevista, Rosa conta que por ter comprado um brinco, durante um passeio, não pôde tomar um sorvete, tinha que escolher um ou outro. Apesar de receber benefício do governo e de morar em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), ainda assim, Rosa vivia restrições importantes, não só no campo econômico, mas também relacional, por levar uma vida institucionalizada.

Já Margarida foi demitida assim que retornou de um afastamento médico. Essa demissão intensificou sua depressão. Após este episódio, fez sua primeira tentativa de suicídio. Apesar

da dispensa ter sido ilegal, Margarida não conseguiu receber o valor de afastamento que era um direito seu, devido à sua condição de saúde. Somada a essa situação, foi abandonada pelo marido, que além de desampará-la em seu adoecimento estava tentando ficar com a casa em que ela mora. Sem conseguir retomar o trabalho, devido à perda dos movimentos da mão, ela sobrevivia com o pouco dinheiro que guardou:

Está com dificuldade para pagar as contas de água, luz, internet... Não sobra nada.

Para ilustrar a precariedade em que vive, Margarida disse que às vezes, dividia um bife para três dias e, ainda, acabava dando a carne para o filho.

Diante de sua situação econômica precária, Margarida não consegue visitar sua família que mora em outro Estado. Ela se ressentida de uma vida esvaziada de relacionamentos, vivenciando intenso sentimento de solidão.

Para Azaleia, a situação financeira parece tomar um lugar central em suas preocupações, sendo um assunto recorrente nas entrevistas. Sem nenhum benefício, nem fonte de renda ou mesmo a herança que teria direito de receber, Azaleia revela o que faz para se manter. Desenvolveu artimanhas para conseguir comprar produtos de higiene e de beleza. Quando está boa (sic), ela limpa a casa do ex-marido, visando aos favores que pedirá para ele depois. Também aciona a ajuda dos filhos que, de vez em quando, compram algo que ela precisa. Azaleia não se conforma com a precariedade em que vive. Ela conta que usava, durante o dia e a noite, seus óculos de sol com lentes de grau para enxergar, pois estavam em melhor estado que os óculos de grau:

Azaleia conclui que o dinheiro faz falta. Seus óculos não estão bons para seu problema de vista, mas ela não tem dinheiro para trocar. Retira os óculos da bolsa para mostrar como estavam riscados, faltando uma haste e, conseqüentemente, sem condições de uso.

Fica evidente que Azaleia necessita melhores condições de vida, o que ela vem tentando alcançar por meio de um auxílio de saúde. Ao mesmo tempo, quando traz a situação do filho

mais velho, com quem ela divide a casa, Azaleia confessa que se for preciso ela utilizará suas estratégias de sobrevivência. Exemplifica uma dessas estratégias. O filho estava tentando uma reaproximação com a ex-esposa, de quem se separou por ter sido traído. Como Azaleia não suporta a nora e percebe que não conseguiria conviver com a moça, se o filho retomar esse relacionamento, Azaleia afirma que prefere morar na rua, onde encontraria alguém que lhe desse arroz e feijão. E conclui que de fome, não morreria.

A situação de precariedade das participantes coincide com o estudo transversal de Senicato et al. (2018), que investiga a associação de fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais com transtornos mentais comuns (TMC) em mulheres adultas. O estudo traça um perfil de mulheres mais propensas a desenvolver TMC: maiores de 30 anos, pretas e pardas, baixa escolaridade (até 12 anos de escolaridade), baixa renda (renda familiar de dois salários-mínimos ou menos, per capita), com filhos, donas de casa, divorciadas ou separadas. Além disso, estão associados aos TMC o uso de álcool e tabaco, não praticar atividades físicas regulares, não comer frutas, verduras e legumes diariamente, dormir seis horas ou menos por noite e, ainda, ser vítima de violência. As donas de casa apresentam 67% mais chances de desenvolver um TMC do que as mulheres que realizam trabalho remunerado, o que nos leva a concluir que o trabalho fora de casa e remunerado é um fator de proteção, especialmente do ponto de vista da autonomia financeira.

A despeito de se constituir como fator de proteção, Biroli (2018), atenta às desigualdades sociais do contexto brasileiro, aponta que mesmo inseridas no mundo do trabalho remunerado, conquista esta que é fruto dos avanços da entrada das mulheres no mercado historicamente ocupado pelos homens, o acesso às melhores condições de trabalho foi possível para *determinadas mulheres*, mas não para todas. Nessa perspectiva, os avanços não ocorrem de forma igualitária, de modo que os trabalhos marcados pela precariedade são ocupados por

mulheres que já vivem em situação de vulnerabilidade social, o que reproduz a desigualdade e expõe formas cruzadas de opressão.

Considerando que as participantes deste estudo são maiores de 30 anos, a maioria negras, com baixa escolaridade, de baixa renda, com filhos, vítimas de violência, solteiras/separadas, sendo apenas uma delas casada, e sem trabalho remunerado, elas pertencem ao grupo mais propenso ao adoecimento mental (Senicato et al., 2018). Apesar de cada uma dessas condições trazer em si inúmeras questões, focalizaremos a classe das mulheres entrevistadas, em busca de iluminar o subcampo “Sobrevivendo em solo árido”.

Carneiro (2011) afirma que “Pobreza tem cor no Brasil. E existem dois Brasis” (p.57), escancarando o fato de que raça e pobreza estão profundamente imbricadas no contexto brasileiro. Nesse sentido, teríamos dois países com indicadores bastante discrepantes se considerássemos separadamente a população branca e a negra. Apesar de vivermos em um país diverso, o que poderia ser considerado um valor, carregamos a herança do colonialismo e da escravidão que se expressa ainda hoje em opressões racistas e profundas desigualdades socioeconômicas.

Mbembe (2016) propõe o termo necropolítica para se referir ao projeto de destruição de pessoas e na criação de “mundos de morte” (p. 146). Sua ideia central é que no mundo contemporâneo existem novas formas de existência social e que, a partir do exercício do poder, ditam quem pode viver e quem pode morrer. Assim, algumas parcelas da população “são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de ‘mortos-vivos’” (Mbembe, p. 146), sendo estas pessoas as que estão destinadas a morrer. De acordo com Bento (2022), com base no racismo, que se conjuga com o classismo, os governos produzem políticas que determinam grupos específicos que representariam uma ameaça, sendo seu extermínio um modo privilegiado de garantir a segurança. Assim, podemos supor que a necropolítica contemporânea tem realizado um genocídio sistemático da população negra e pobre brasileira.

Além da “licença para matar” (Passos, 2023, p. 28) presente em nossas periferias, existem outras formas de produzir pessoas mortas-vivas, impedindo seu acesso a educação, saúde, moradia e transporte de qualidade. Certamente, a falta de acesso é fator determinante de certas condições de vulnerabilidade (Biroli, 2018). Sem mínimas condições de alimentação, saúde, moradia, educação, transporte, trabalho, dentre outras categorias não menos necessárias para a vida, as pessoas se tornam sobreviventes, lembrando que as mulheres negras ocupam a base dessa pirâmide (Bento, 2022) desumanizante.

O “matriarcado da miséria”, termo cunhado pelo poeta negro e nordestino Arnaldo Xavier, ilumina as condições de vida de mulheres negras no Brasil, cujas vivências, nas palavras de Carneiro (2011), tomam a forma de:

Uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida, que se manifestam em sequelas emocionais com danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima; em uma expectativa de vida menor, em cinco anos, em relação às mulheres brancas; em um menor índice de casamentos; e sobretudo no confinamento nas ocupações de menor prestígio e remuneração. (pp. 127-128)

Reconhecemos em nossas participantes essa situação de vida extremamente vulnerável, e que pode ser mascarada pelo adoecimento mental (Campos et al., 2017), equívoco contra o qual precisamos estar alertas enquanto profissionais da saúde. Essa precarização social se desdobra, como já podíamos prever, na fragilização dos vínculos afetivos e seu consequente suporte, como veremos a seguir.

Camélia mora sozinha em uma casa, herdada dos pais já falecidos e recebe uma aposentadoria que parece suficiente para suprir suas necessidades concretas. Apesar disso, se queixa de outras precariedades. Por conta de sua condição psíquica, ela não pode ficar com seu dinheiro, pois ao entrar em crise, ela gasta tudo, motivo pelo qual seu filho assume o controle

de sua aposentadoria. Mas o que mais afeta Camélia é o empobrecimento de sua rede de relacionamentos, em especial os familiares, conforme veremos a seguir:

Camélia também se queixou da distância de seus irmãos. Chegou a enviar uma mensagem para um dos irmãos, dizendo que ela era carente desde pequena e que queria encontrar com ele e com os sobrinhos, que estava sentindo a falta deles. Então, Camélia abre o celular para me mostrar a resposta do irmão. Ele a chamou de “Preta” e explicou que eles estavam muito ocupados, que não era nada com ela. Camélia, expressando sua mágoa, rebateu que “tempo para irem ao bar eles tinham”. Ela também tinha mandado uma mensagem para sua cunhada, que respondeu que estava na “ergométrica” e não podia conversar. Ficou evidente a solidão de Camélia, algo que Renato [profissional de referência] confirmou, sobretudo em relação à falta de uma rede de apoio familiar.

Esse contexto solitário parece justificar o fato de Camélia frequentar assiduamente uma ONG perto de sua casa e usar a piscina do CAPS, como se estivesse em um clube. Parece que são estes os únicos espaços em que ela circula e tem alguma convivência com pessoas. Notamos uma mudança drástica no estado emocional de Camélia depois da primeira entrevista, ela havia “murchado”, seu desânimo ficou evidente quando se viu impossibilitada de encontrar com os netos, sendo a distância imposta pelo filho vivida como um verdadeiro martírio. Foi possível avaliar o sofrimento produzido pela falta de contato com os netos, sua nova família, e com os irmãos, sua família de origem. Nesse mesmo sentido, Azaleia conclui que o que deixa alguém louco (sic) é a “falta de união entre as pessoas”.

Já Violeta parece viver uma situação econômica mais favorável. Tem duas casas, contou que pretendia viajar para visitar a família, relata, portanto, uma realidade diversa das demais participantes. Apesar disso, Violeta convive diariamente com outro tipo de adversidade. O

contexto familiar violento se soma ao seu adoecimento mental na produção de uma falta de confiança básica em todos os familiares com quem mora.

Em concordância com Bleger (1963/2007) em sua defesa de que o sofrimento é um fenômeno dialético, que ocorre entre a sociedade e os indivíduos, sendo necessariamente social, examinaremos brevemente este conceito. Victora (2011) faz um resgate histórico da construção do termo sofrimento social que surgiu a partir de uma busca por conceitos que pudessem dar conta de novas formas de adoecer, além da demanda de superar a dicotomia vigente no pensamento cartesiano ocidental que polariza saúde e doença, bem como o indivíduo e a sociedade. O que foi sendo historicamente descortinado é que o adoecimento não está necessariamente ligado às patologias genéricas, mas sim aos contextos em que está inserido, uma vez que o adoecer ocorre de formas diferentes dependendo da época e mesmo da sociedade em que acontece. Sendo assim, Victora (2011) afirma: “o sofrimento social é social não somente porque é gerado por condições sociais, mas porque é, como um todo, um processo social corporificado nos sujeitos históricos” (p. 6). Concordamos com o ponto de vista antropológico da autora que parte da indissociabilidade das diversas dimensões dos fenômenos humanos sobre o adoecer vinculado aos contextos vivenciados e, como psicólogas, compartilhamos de seu entendimento de que estamos diante de um desafio em promover compreensões mais complexas.

Werlang e Mendes (2013) destacam que o sofrimento social ocorre tanto quando há uma ameaça de perda de condições sociais, a exemplo da saúde, trabalho, vínculos familiares e afetivos, como quando há uma perda concreta dessas condições. O sofrimento social vincula-se a várias dimensões da vida e se intensifica quando há uma deterioração das relações sociais e das condições concretas que sustentam a vida. Conforme afirmam Werlang e Mendes:

Dor da existência, de um sofrimento que até pode vir acompanhado de uma dor orgânica, mas também da humilhação e do menosprezo social e, como regra geral, certa

insuficiência de regulação social. É um sofrimento psíquico, todavia sua origem social encontrar-se-ia no fato de que não existiriam indivíduos isolados. (pp. 763-764)

Assim, ao considerar as condições concretas de vida das participantes, seja em relação à precariedade financeira ou mesmo relacional, reconhecemos que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade, como se vivessem em solo árido. Quanto à função de cuidado, dentre outras, fica evidente o comprometimento que o processo de precarização produz. Além disso, a dependência financeira também é um fator de risco às mulheres, que se tornam reféns da violência e outras experiências adversas. Constatamos, com tristeza, que estamos diante de mulheres em intenso sofrimento social, que experimentam a aridez dos sentimentos de desamparo, humilhação e injustiça que comprometem a vida digna.

Campo 2. “E eu não sou uma mulher?”³⁹

O segundo campo de sentido afetivo-emocional intitulado “E eu não sou uma mulher?” organiza-se ao redor da crença de que mulheres que não exercem papel de cuidadoras são incompletas. As participantes parecem viver intensas angústias por sentirem-se desviantes no que tange ao papel feminino socialmente estabelecido. Apesar de terem adoecido, elas demonstram estarem inseridas na pressão social e duvidarem do seu lugar de mulher.

Para refletir sobre o impacto do sexismo na condição social das mulheres negras, bell hooks escreveu o livro *E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo* (1981/2023), em que retoma o questionamento de Sojourner Truth. Esta foi uma mulher negra que nasceu escrava e, ao conquistar a liberdade, tornou-se uma viajante para proferir a palavra de Deus. Depois que foi introduzida ao movimento abolicionista, Truth se deu conta de que sofria discriminação racista e sexista, o que a levou a assumir um papel na defesa dos direitos das mulheres. De acordo com hooks (1981/2023), uma vez Truth estava em uma reunião antiescravista, quando um homem branco afirmou que não acreditava que ela fosse uma mulher, o que a fez levantar a blusa e mostrar os seios para provar sua “mulheridade”. hooks (1981/2023) comenta que “aos olhos do público branco do século XIX, a mulher negra era uma criatura indigna de receber o título de mulher” (p. 252). Foi na convenção anual do movimento pelos direitos das mulheres, que as mulheres brancas presentes se opuseram à manifestação de Truth, pois não concebiam o pronunciamento de uma negra em um evento como aquele. Foi então que Truth, em seu famoso discurso⁴⁰, provou suas habilidades como mãe, sua força física

³⁹ Questionamento proferido por Sojourner Truth (1797-1883) na *Women’s Rights Convention* em Ohio, Estados Unidos da América, em 1851.

⁴⁰ O leitor pode encontrar o discurso completo de Truth no Portal Geledes: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner->

para o trabalho braçal, colocando-se em pé de igualdade com os homens, em sua condição de suportar perseguição e abuso físico e, ainda assim, sobreviver e lutar. Diante disso, a ativista interpelou o público do evento: “E eu não sou uma mulher?”.

Truth denuncia como é colocada em xeque a “mulheridade” das mulheres negras no contexto dos Estados Unidos. Tendo como guia essa reflexão sobre a desumanização das negras, esse campo revela que a experiência emocional das participantes é atravessada por uma ideia de desvio do lugar social que lhe é atribuído como mulher. Em busca de exemplificar, traremos trechos narrativos colhidos nas NT.

Camélia, ao escrever sobre a figura desenhada no PDE-Tema, finaliza sua história com a seguinte profecia: “*Essa é minha missão na Terra: ajudar o próximo*”, na qual ela identifica o destino feminino de cuidar e servir. Destino que se torna ainda mais impactante quando consideramos o início da história: “*Eu, Camélia, sou muito feliz por Deus ter me dado um anjo [o filho] que se preocupa comigo, fala para os amigos que sou a filha mais velha dele, dou mais trabalho que os caçula*”, assim revelando que falhou em seu papel materno, pois dá trabalho para o filho, de quem supostamente deveria estar cuidando. Outra ocasião em que Camélia manifesta pesar por supostas falhas no cuidado foi quando, durante uma das entrevistas contou que associava a voz de sua mãe ao momento em que foi estuprada, agredindo-a quando não estava bem: “*Ela conta que batia em sua mãe, e reconhece que a fez sofrer demais. Camélia desatou a chorar*”. Mesmo tendo cuidado da mãe doente, isso não diminuiu a culpa de Camélia por não ter sido uma “boa filha”.

Identificamos em Violeta a mesma referência ao papel de cuidado, quando afirma que se desdobrou para atender a filha e a mãe, ambas acamadas:

truth/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwxLKxBhA7EiwAXO0R0HnmOBe1PnlABtUPYh9s2EJR7Vh5vFBWhdOmv9fBi4xZpuuAKVsW9xoC-ywQAvD_BwE.

Betina, que era filha do segundo marido, sofreu um acidente, quebrou a perna, ficou dois meses internada para se submeter a cirurgias e depois ficou meses acamada até se recuperar. Nessa época, a mãe de Violeta adoeceu e foi morar com ela. Para atender às demandas de ambas, Violeta as acomodou em um quarto com duas camas, a mãe acamada de um lado e Betina em recuperação do outro. Violeta se preocupa em enfatizar que havia cuidado muito bem delas. Argumentava que sua mãe “não tinha uma escara”, de tão bem que era tratada. Mas como se descuidou do próprio tratamento, Violeta piorou e precisou ser internada no leito-noite do CAPS, mesmo com a mãe doente em casa. Violeta chorou ao recordar que a mãe tinha começado a apresentar escaras naquele período em que se ausentou.

Percebemos pelo relato de Violeta que cuidar da família, a despeito de suas condições de possibilidade, segue no imaginário coletivo como ideal feminino, a mulher-mãe disposta ao auto-sacrifício para cuidar do outro.

Os padrões de gênero pré-estabelecidos tem sido cada vez mais discutidos, o que confirma o lugar socialmente construído para a mulher como cuidadora do lar (Pereira & Amarante, 2017). As mulheres são, historicamente, relacionadas à fragilidade e passividade, o que evidencia o olhar essencialista apontado por Engel (2010, p. 332): “a construção de uma imagem feminina a partir da natureza e das leis implicaria qualificar a mulher como naturalmente frágil, bonita, sedutora, doce etc. Aquelas que revelassem atributos opostos seriam consideradas seres antinaturais”.

Segundo Rohden (2009) foi no século XIX que ganhou força o argumento da diferença natural e imutável entre os dois sexos. A passagem de um modelo de um sexo biológico para o modelo binário ocorreu por um conjunto de mudanças na sociedade daquela época. As diferenças que antes eram expressas em termos de gênero, ganham novos termos, passando a serem explicadas pelas diferenças de sexo biológico. Esse novo modelo, que recorre à natureza,

torna as distinções inquestionáveis, conforme afirma Rohden (2009): “A biologia da incomensurabilidade fornecia um modo de explicar as diferenças sociais, já que, na própria natureza, homens e mulheres eram diferentes e, mais do que isto, *as mulheres eram naturalmente inferiores*” (pp. 33-34, grifos nossos). Nesta linha, os estudos anatômicos como os de Laqueur (1992) e Schiebinger (1987) citados por Rohden (2009) passaram a criar explicações para circunstâncias sociais, tais como a conclusão de que a mulher por ter um crânio menor que o do homem possuiria menos capacidade intelectual ou, ainda, a pelve maior da mulher confirmaria seu destino natural à maternidade.

As demandas femininas, como a luta pelo trabalho fora de casa no caso das mulheres abastadas, as técnicas contraceptivas para controle da reprodução e a reivindicação do direito ao voto, passaram a ameaçar a ordem social estabelecida, o que desencadeou uma reação, inclusive científica, de reafirmar os papéis sociais tradicionais a partir de diferenças naturais de modo a garantir a ordem social vigente (Rohden, 2009). Isto posto, reconhecemos que a imposição de papéis sociais não configura nenhuma novidade, mas nos interessa compreender como isso é feito e à custa de quem.

Simone de Beauvoir (1949/2016a) em seu manifesto feminista “O segundo sexo” contesta o estatuto social de objeto atribuído à mulher, que passa a ser definida como avesso do homem - único sujeito -, situando-se como não-homem, ou seja, um não-sujeito:

a humanidade é masculina, e o homem define a mulher não em si, mas relativamente a ele; ela não é considerada um ser autônomo. (...) Ela não é senão o que o homem decide que ela seja; daí dizer-se o “sexo” para dizer que ela se apresenta diante do macho como um ser sexuado: para ele, a fêmea é sexo, logo ela o é absolutamente. A mulher determina-se e diferencia-se em relação ao homem, e não este em relação a ela; a fêmea é o inessencial perante o essencial. O homem é o Sujeito, o Absoluto; ela é o Outro. (Beauvoir, 1949/2016a, pp. 12-13)

Nesse sentido, a mulher tem sua liberdade cerceada. Ao analisar a família, na perspectiva do materialismo histórico, Beauvoir problematiza o conceito de mulher enquanto uma construção social e desnaturaliza as opressões por ela vividas, ao desvelar que o lugar social ocupado pelas mulheres é depreciado cujas raízes estão na história, e não em uma suposta essência biológica (Peniche, 2021, 9 de janeiro). Beauvoir (1949/2016b) desmistifica a essência feminina ao ponderar:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado, que qualificam de feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um *Outro*. (p.11)

Complementando sua crítica, Beauvoir afirma que as crianças não nascem sexualmente diferentes. No início da vida, a compreensão do mundo nada tem a ver com o sexo biológico. E reafirma que o comportamento feminino, como todo comportamento humano, é socialmente determinado.

Reconhecemos que essa obra pioneira e central no debate da segunda onda do feminismo é também alvo de críticas pertinentes. O movimento feminista avançou na compreensão da opressão feminina, à medida que passou a entender que outras discriminações se interseccionam com a questão do gênero, como raça, classe, nacionalidade, entre outras. Apesar disso, a obra de Beauvoir ainda se mantém atual e relevante, quando contextualizamos sua contribuição desde uma leitura crítica.

Diversas feministas vêm debatendo a construção social do lugar da mulher com base em ideias essencialistas, problematizando os efeitos nocivos desses padrões sobre a forma como as mulheres se relacionam e como sofrem. Entretanto, se considerarmos a opressão de gênero dissociada de outras condições igualmente opressivas, caímos em outro tipo de

essencialismo, como hooks (1981/2023, p. 34) alerta: “a maioria dos debates sobre sexismo, opressão sexista ou o lugar da mulher na sociedade são distorcidos, parciais e imprecisos”, questionando a ideia de que todas as mulheres compartilham a mesma realidade. Butler (2017) é outra autora de referência para pensarmos os equívocos em que a categoria ‘mulher’ se baseia propondo toda uma linearidade entre sexo, gênero, orientação e desejo sexual com vistas a garantir a heteronormatividade, dentre outras funções atribuídas ao gênero.

Na presente pesquisa, entrevistamos mulheres-mães que padecem de transtornos mentais graves, são oriundas de classes desfavorecidas, têm baixa escolaridade e, em sua maioria, são negras. Especificamente quanto à raça, pudemos constatar como o racismo pode se insinuar no imaginário de forma dissimulada quando nossas participantes, não sem antes hesitar, declaravam-se morenas, brancas ou cor de jambo evitando a cor negra. Sabemos que o auto-preconceito é um dos efeitos secundários do racismo, na medida em que produz a identificação do negro com seu opressor – o branco.

Quando Fanon (2008) reflete sobre os efeitos devastadores do racismo, identifica que a ideia de superioridade da raça branca, gera nos negros um desejo de ser branco. Esse complexo de inferioridade, coloca as pessoas negras na “zona do não-ser, uma região extraordinariamente estéril e árida” (p. 26). Conforme salienta Passos (2023), existem muitos mecanismos envolvidos na manutenção da negação da existência negra, que levam à rejeição de si mesmas e daquilo que pertence ao universo negro.

Kilomba (2008/2019, pp. 38-39) é outra autora que problematiza essa questão:

Poderíamos dizer que no mundo conceitual *branco* é como se o inconsciente coletivo das pessoas *negras* fosse pré-programado para a alienação, decepção e trauma psíquico, uma vez que as imagens da *negritude* às quais somos confrontada/os não são nada realistas, tampouco gratificantes.

Assim, diante do histórico de colonização, escravidão e racismo velados, as pessoas negras são tidas como diferentes e estranhas, de forma que reconhecer-se como mulher negra no Brasil não parece nada favorável. A respeito do pacto da branquitude, Bento (2022) explica que em nossa sociedade o branco é tido como universal, enquanto o negro é tido como outro, como desvio. Nessa ótica, os privilégios ficam reservados ao branco e vão se perpetuando historicamente por um pacto narcísico de cumplicidade não verbalizado. Ou seja, em uma país racista ser negro configura uma condição de opressão.

Ao discutir a alteridade da mulher, Kilomba (2008/2019) se contrapõe a ideia de que a mulher seja o “*Outro*”⁴¹ do homem, sendo o “*Outro*” a parte projetada para fora, antagonista do eu (*self*). Ao refletir sobre os mecanismos psíquicos do racismo, Kilomba reconhece que o *sujeito negro* se torna tudo com o qual o *sujeito branco* não quer ser relacionado. Assim, o “*Outro*” só existe em relação, ou seja, os *sujeitos brancos* definem a si mesmos como racialmente diferentes dos “*Outros*”. De acordo com a ideia de Beauvoir, a mulher é o “*Outro*” do homem, mas Kilomba problematiza que isso só ocorre com a mulher *branca*, na medida em que a mulher *negra* é o “*Outro*” do “*Outro*”, considerando que a sociedade se estrutura tanto pelo sexismo quanto pelo racismo. Como exemplo, destaca o estereótipo de fragilidade da mulher, que certamente não inclui a mulher *negra* que é, ao contrário, associada à ideia de força.

A suposta força das mulheres negras é problematizada por hooks (1981/2023), que atribui essa ideia à finalidade de delegar fardos pesados às mulheres negras, inclusive do trabalho reprodutivo e do lugar de objeto sexual, contra os quais as brancas lutavam para se

⁴¹ Assim como outros termos, a palavra “*Outro*” é grafada por Grada Kilomba entre aspas, com letra maiúscula e em itálico. Na língua inglesa, a palavra *other* não expressa gênero, diferente da língua portuguesa que traz a ideia dicotômica de masculino/feminino, o que expõe a problemática das relações de poder e de violência contida na língua portuguesa. Ao mencionarmos a contribuição da autora, respeitaremos o seu posicionamento de resistência em busca de endossar essas problematizações. Apesar de não nos dedicarmos ao estudo linguístico, compactuamos com ações concretas que contribuam para transformações sociais.

livrar. Afinal, esse estereótipo de força romantiza a experiência das mulheres negras, encobrendo a dupla opressão que sofrem: o racismo e o sexismo.

A seguir, exploraremos os papéis sociais femininos de mãe e esposa, em busca de iluminar a vivência das participantes da pesquisa. Ao refletir sobre a sociedade francesa dos séculos XVII ao XX, Badinter (1985) mostra como o amor materno foi uma construção social. Se houve época em que a maternidade envolvia indiferença ou mesmo rejeição materna, visto que as mulheres burguesas encarregavam as amas-de-leite do cuidado de seus filhos, a constatação das altas taxas de mortalidade infantil levou o Estado e a sociedade a envidar esforços para trazer os filhos de volta à reponsabilidade das mulheres-mães. Tanto a preocupação com as crianças quanto a transformação do sentimento de indiferença em ternura fizeram parte da construção da ideia de amor materno, profundamente ancorada na noção de instinto materno. Assim se operava uma verdadeira revolução nos costumes e valores da época, segundo interesses político-econômicos que, por sua vez, encontravam respaldo na ciência da época.

Del Priore (2009), em seu estudo sobre o período colonial no Brasil, identifica o poder masculino e cristão, bem como o ambiente doméstico e o cuidado à família como única possibilidade para as mulheres, sendo neste período moldada a ideia da realização feminina ligada exclusivamente à maternidade. A autora reconhece uma ligação entre o objetivo de domesticação da mulher no interior da família, eliminando qualquer ameaça que essa pudesse oferecer à sociedade tradicional, e o poder civilizador da maternidade: “O estereótipo da santa-mãezinha provedora, piedosa, dedicada e assexuada se construiu no imaginário brasileiro no período colonial e não mais o abandonou” (Del Priore, 2009, p. 16), confinando a mulher à vida doméstica.

Ao propor os conceitos de dispositivo materno e amoroso em sua íntima ligação, Zanello (2018) defende que os processos de subjetivação das mulheres ocorrem a partir da maternidade

e do casamento, ou seja, o modelo de mulher ideal se configura pela mãe e esposa. A construção da maternidade enquanto uma capacidade natural das mulheres, ensejando que o amor materno seria espontâneo e fruto de uma vocação, está calcada na identificação total do corpo procriador com a função social de maternar e seus desdobramentos, como a execução de tarefas domésticas. Para tanto, foi necessária a criação histórica de uma imagem da mãe-santa, conforme apontado por Del Priore, que abarca as qualidades femininas socialmente esperadas, tal como: “doação, altruísmo, bondade e, sobretudo, amor incondicional e abnegado” (Zanello, 2018, p. 170). Essa visão da mulher enquanto boa mãe e disponível para o cuidado exalta o amor materno como prova de feminilidade, ao mesmo tempo em que desvaloriza os esforços do trabalho desempenhado pelas mulheres, exatamente por estarem naturalizados.

Fundamentada em uma reflexão psicanalítica crítica, Iaconelli (2023) refere o conceito de maternalismo ainda vigente, segundo o qual a mãe exerceria um papel insubstituível por ter dotes naturais, o que reduz as mulheres à sua condição de mães e trabalhadoras domésticas não remuneradas, a despeito do sofrimento que gera. Essa mentalidade, da qual a psicanálise faz parte, está apoiada na heteronormatividade e na idealização do ciclo gravídico-puerperal e tem por objetivo a manutenção do sistema capitalista e das desigualdades sociais.

As participantes parecem compactuar com esse imaginário de que a maternidade e o cuidado constituem o destino natural das mulheres, haja vista os sacrifícios que fazem para atender aos ditames morais da sociedade. Trazemos alguns excertos narrativos para fomentar nossa reflexão:

Soube, alguns meses depois de encerradas as entrevistas de pesquisa, que Margarida havia tentado novamente o suicídio. Segundo o relato no prontuário, a tentativa ocorreu depois de uma briga com o filho. Margarida se sentiu inútil e disse para o seu psicólogo: “Vou ser mãe de quem?”, o que me remeteu à questão da solidão e do vazio que se

seguiu às perdas que viveu. Estava a dizer que, esvaziada de suas funções, nada lhe restava.

Percebemos que Margarida enfrenta uma questão filosófica, quando briga com seu filho e se vê destituída de um lugar legítimo no mundo. Já Camélia relata o seu sofrimento por ter sido privada pelo filho de ver os netos, conforme constatamos a seguir:

Ela e o filho não estavam bem. O filho, achando que ela tinha parado de tomar os remédios, proibiu Camélia de ver os netos, que moravam no mesmo terreno que ela. Camélia estava sofrendo e sentindo-se punida. Ela observava a neta entrando na perua a caminho da escola, e acenava com um “oi” à distância, respeitando os limites do filho. Mas o clima era de tortura.

As participantes são mulheres identificadas com esse lugar de cuidar, algo que ao mesmo tempo que lhes garante um lugar ao sol, contém a ameaça de lhes ser retirado tão logo deixem de desempenhar as funções delas esperadas. Em contrapartida, e na contramão da dócil maternidade esperada e desejada por Margarida e Camélia, Violeta revela seus sentimentos negativos em relação às filhas:

Violeta disse, sem pudor algum, que não gostava da filha que deixou para trás. Percebi minha dificuldade de escutar isso. Talvez por ser incomum que em nossa cultura as mulheres falem abertamente de seus afetos negativos pelos filhos. Ao questionar por que não gostava de Regina, ela contou que a filha roubava, que não era boa pessoa, e que mexia com coisa errada. Era um desgosto só! Embora ambas morassem na mesma cidade, não se viam há 10 anos. Tinha uma neta, filha de Regina, com quem também não tinha contato para evitar a filha.

Em outro momento, ao comentar da filha Betina, fruto de seu segundo casamento: “Violeta confessa que sentia vontade de esfaquear a filha e o marido”. Ficou evidente o nosso próprio desconforto diante da afirmação de sentimentos tão hostis por parte da mãe em relação

às filhas, tanto quanto o poder da cultura da mãe boa, a despeito da leitura crítica a que nos propomos. Reconhecemos que, ao assumir o ódio pelas filhas, Violeta confirma que o amor materno é socialmente produzido, embora não haja garantias (Badinter, 1985), ou como quer Butler (2017), ao instalar a norma cria-se a possibilidade de transgressão da mesma.

Além disso, as participantes revelam relacionamentos conturbados com suas mães, como é o caso de Camélia e Azaleia. Azaleia manifesta a dúvida quanto a sua filiação e Camélia associa a figura materna ao traumático estupro, como se lá não estivesse para protegê-la. As duas participantes parecem nos mostrar quão tortuosa pode se tornar uma relação mãe-filha, porém jamais será irrelevante.

Mesmo com os avanços na luta pela igualdade de gênero, o que tem convocado os homens ao trabalho doméstico, as mulheres continuam responsabilizadas pelo cuidado dos filhos e de outros familiares dependentes. Apesar do esforço pelo reconhecimento legal da autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, sem políticas públicas para a educação sexual, planejamento familiar e descriminalização do aborto as mulheres seguem sem autonomia sobre seus corpos (Mattar & Diniz, 2012).

Há de se considerar que falta de suporte para a maternidade no Brasil, seja da família, do pai da criança ou mesmo do Estado, tornam as mulheres-mães mais vulneráveis à discriminação. Para Mattar e Diniz (2012, p. 112), “na ausência de um suporte social, entre outras consequências, exerce-se, contra a mulher, uma violência de ordem patrimonial que a priva de conseguir suprir suas necessidades básicas e as de seus filhos”. Se direitos humanos como o acesso a educação sexual, informação, métodos contraceptivos, pré-natal, parto e pós-parto, licença-maternidade, educação e creche para os filhos, não forem garantidos pelo Estado, não há como garantir o cuidado infantil.

Desse modo, a experiência de maternidade pode ser geradora de empoderamento e realização para a mulher, bem como converter-se em fonte de discriminação e humilhação. Ao

destacar as “maternidades subalternas”⁴², Mattar e Diniz (2012) citam as mulheres deficientes físicas ou doentes mentais, moradoras de rua e usuárias de drogas, por serem consideradas incapazes de cuidar dos próprios filhos e/ou não terem condições de prover os cuidados necessários. Nesse cenário, seria dever do Estado garantir os direitos de todas as mulheres, indistintamente, que desejem exercer suas maternidades (Mattar & Diniz, 2012).

A privação à maternidade não é um fenômeno novo no Brasil, tendo sua origem na colonização (Venâncio, 2010), que se perpetua até hoje. Uma forma de exemplificar a barbárie em que vivemos é relembrar um governador do Rio de Janeiro que defendia a legalização do aborto como forma de prevenção e contenção da violência. A proposta era conter as mulheres faveladas que eram vistas como “fábricas de produzir marginais” (Góes, 2016, 21 de dezembro; Passos, 2023). Em um país que criminaliza o aborto, defendê-lo para a população marginalizada revela-se uma prática extremamente eugênica. O afastamento compulsório de mães e filhos em situação de vulnerabilidade é outra forma de privação da maternidade, a partir de intervenções pautadas em um julgamento moral e preconceituoso que não dá chance para que algumas mulheres possam construir um modo próprio de ser mãe, apagando a diversidade de sentidos da maternidade e de pessoas (Pontes et al., 2022). Outro exemplo da brutalidade brasileira diz respeito ao extermínio da população jovem negra e periférica que torna muitas mulheres-mães órfãs de seus filhos⁴³.

⁴² Existem outras maternidades que encontram dificuldades de aceitação social como a das mulheres-mães lésbicas (Ribeiro, 2023), dos homens transgênero que engravidam (Pinho et al. 2020), entre outras, que não trataremos aqui devido a orientação sexual e outras questões do campo da sexualidade não terem sido destacadas pelas participantes deste estudo.

⁴³ O Movimento “Mães de Maio” surgiu a partir de chacinas praticadas pelo Estado brasileiro contra a população pobre, negra e periférica em 2006, nas quais morreram mais de 500 civis. Protagonizado por mães que lutavam por justiça pelo assassinato de seus filhos, esse se tornou um dos principais movimentos de enfrentamento ao genocídio no Brasil (Almeida, 2022).

De acordo com Biroli e Miguel (2015), a vivência da maternidade se diferencia conforme a raça e classe da família, evidenciando que as condições concretas de vida estruturam as experiências. Nas palavras dos autores:

Sua vivência se dá em contextos bem definidos, é como mulher negra numa sociedade racista ou mulher branca numa sociedade racista que a maternidade se define, e não abstratamente. É como mulher que tem acesso a recursos materiais e serviços para o cuidado de seus filhos quando procura acomodar trabalho e maternidade ou como mulher que esbarra na falta de creches sem ter substitutivos na forma de apoio público ou da renda de um familiar adulto para sustentar a si e aos filhos que uma mulher vive a maternidade. (pp 51-52)

Podemos pensar, então, que o próprio ideal de maternidade, ligado à mãe devota, benevolente e disponível ao cuidado, está evidentemente pautado em uma determinada categoria de mulher – a mulher branca, cisheterossexual, de classe média e que conta com uma rede de apoio efetiva. O mesmo não se dá com as negras, de classe baixa e que vivem outras condições adversas, tais como a monoparentalidade ou a violência doméstica. Destacamos a seguir um trecho da NT em que descrevemos a experiência de Azaleia em sua expressão sobre o não-direito à maternidade:

Perguntei, então, o que ela imaginava que aconteceu na sua vida para estar ali no CAPS. Azaleia começou um relato confuso sobre ter tido filhos gêmeos, ter perdido a guarda dos filhos para sua mãe, quando eles tinham cerca de um ano de idade e estavam começando a andar. Refere-se a essa situação como uma armadilha preparada para ela.

Contou que durante a gestação dos gêmeos, ela ficou “deprê” (sic), mas que ninguém notou. Precisou fazer repouso por conta da gestação de risco, risco que ela não especificou, mas pareceu ter influenciado no seu estado emocional. Imaginei Azaleia,

que parece ser uma pessoa agitada, em repouso... O parto dos meninos ocorreu em um serviço especializado em casos de gestação de alto risco.

Apesar da forma branda como Azaleia refere o seu sofrimento, fica evidente que ela vivenciou dificuldades na gestação e no pós-parto para as quais não teve suporte, o que influenciou diretamente na forma como viveu a maternidade dos filhos gêmeos. Nesse cenário de falta de assistência que vulnerabiliza as mulheres, somado ao fato de o puerpério ser um momento de vulnerabilidade ao adoecimento mental feminino (Cantilino et al., 2010), podemos pensar que além de não ter tido apoio para exercer sua maternidade, depois da internação não teve a chance de retomar o cuidado dos filhos, que foram violentamente afastados dela.

Já no caso de Rosa, a perda da guarda significou um rompimento radical com a filha. Na terceira entrevista, quando fazia um desenho livre, ela escreveu um recado:

“Este desenho que é feito com muito amor e carinho dedicado a minha filha Maria que eu amo. Ass. Rosa”.

Em seguida, Rosa pediu que eu ficasse com o desenho para entregá-lo para sua filha, caso eu viesse a encontrá-la. Senti, naquele momento, uma profunda angústia ao entrar em contato com sua dor, sua perda, essa mãe sem filha...

No próximo trecho, vemos as referências de Rosa quanto à maternidade e ao cuidado, sobretudo no que divergem do modelo hegemônico:

Tais [profissional de referência] confirmou que Rosa não entendia o motivo pelo qual havia perdido a guarda da filha, pois achava que tinha condições de cuidar da criança. Rosa morou na rua com sua mãe. Chamou a minha atenção o fato de que apesar do transtorno mental da mãe, Rosa achava que a mãe havia realmente cuidado dela. Talvez Rosa tenha pensado em fazer o mesmo, na condição de mãe-andarilha.

Rosa não identifica em sua história a violação de direitos por ter morado na rua com a mãe, de forma que imaginou que pudesse também cuidar de sua filha. Conforme aponta Zanello

(2018, p. 157): “as mulheres são punidas não apenas socialmente, mas também juridicamente, quando não performam dentro do ideal de maternidade”. Percebemos que um dos eixos de sofrimento de Rosa e Azaleia se produz pela proibição de exercerem o papel de cuidado, o que as coloca em xeque enquanto mulheres.

De acordo com Pegoraro e Caldana (2008), é comum que mulheres com transtornos mentais graves percam a guarda de seus filhos. Não há dúvida que a falta de suporte pode significar um fator de risco, tanto para os filhos quanto para a mãe. Porém, deveria ser um direito da mulher-mãe exercer a maternidade, recebendo suporte de uma rede de pessoas próximas, bem como suporte institucional, para que ela pudesse cuidar de seu filho e manter o tratamento. Não sabemos os detalhes de como se deu a perda da guarda dos filhos de Azaleia e Rosa, mas fica evidente que do ponto de vista delas não tiveram a chance de desempenhar essa função com apoio.

De acordo com Iaconelli (2023), ao identificar um “padrão-ouro” de maternidade em nossa sociedade, que engloba mulheres brancas, cisgêneros, heterossexuais, casadas e de classe média, as crianças que nascem de mães fora deste padrão estariam necessariamente fadadas a prejuízos sociais e psíquicos. Essa ideia sustenta a violência institucionalizada de retirada de crianças de mães pobres para serem adotadas por famílias abastadas. No entanto, lembra Iaconelli (2023), esse discurso que desqualifica a genitora de classe pobre, não revela o cenário das famílias de classe média em que as babás são as responsáveis pelo cuidado das crianças.

Além de serem questionadas enquanto mulheres por supostas falhas de cuidado, a experiência de Rosa e Azaleia ganha outras dimensões quando lhes foi retirada a chance de exercer sua maternidade. Passos (2023) ilumina a complexidade do fenômeno da maternidade entre mulheres negras:

Por mais que o “mito do amor materno” tenha sido assimilado e introjetado pelas mulheres negras, não é possível vivenciá-lo, já que o projeto estabelecido para as não

brancas é a destruição e a negação da maternidade, do ser mulher e da humanidade, o que faz parte das estratégias de produção e reprodução do sofrimento e da violência pertencentes às manifestações do patriarcado e do racismo, componentes estruturais e estruturantes do capitalismo. (pp. 34-35)

Além da maternidade, outra pressão determina o lugar social feminino: o casamento. Zanello (2018) utiliza o conceito de dispositivo amoroso para desvelar a naturalização, em nossa sociedade, de que toda mulher deseja ter um vínculo conjugal. Para isso, ela precisa ser escolhida por um homem – de acordo com a heteronormatividade hegemônica: “O que está em xeque é a legitimidade da mulher como mulher, sua necessidade de ser “validada” pelo olhar desejante de um homem. A possibilidade de ser ou se sentir passível de ser escolhida” (Zanello, 2018, p. 88), ou seja, tanto seu valor como mulher, quanto sua autoestima estão sujeitos à aprovação masculina. Este cenário coloca as mulheres em situação de rivalidade entre si, em disputa por um homem. Considerando que vivemos em uma lógica patriarcal e racista, essa competição privilegia “um ideal estético que, atualmente, é branco, louro, magro e jovem” (Zanello, 2018, p. 84), promovendo uma hierarquia entre as mulheres, da qual quem lucra são os homens.

Podemos encontrar no material de pesquisa, ainda que menos presente que a pressão por exercer o cuidado materno, a necessidade de um vínculo conjugal. A seguir, temos um trecho da NT sobre o encontro com Camélia: *“Nesta empresa, ela [Camélia] namorou alguns colegas de trabalho. Sobre um deles, comentou com pesar que ela ‘deixou escapar’ (sic). Ele era um ‘bom namorado’, mas se mudou para outra cidade e nunca mais se viram”*.

Camélia mostra certo arrependimento por ter “deixado escapar” um homem, enquanto Margarida é mais contundente quanto ao desejo de ter alguém para lhe fazer companhia. Apesar de ter sido traída pelo primeiro marido e abandonada pelo segundo, Margarida parece continuar à espera de um homem que a escolha. O desamparo de nossas participantes permite aprofundar

nosso foco na violência cotidiana e invisível de que são vítimas todas as mulheres, algumas mais, outras menos, fenômeno que Bourdieu (1998/2023) denominou de violência simbólica. Não menos atuante, porque igualmente insidiosa quando comparada às violências mais evidentes, a mulher estaria sujeita à economia dos bens simbólicos que atestam e incrementam o poder masculino. Nesse mercado de bens simbólicos, o casamento sempre permitiu que as mulheres ascendessem socialmente. Entretanto, a proteção masculina prometida pela via do casamento se mostra ainda mais ineficaz em contextos de vulnerabilidade social, fazendo a balança da opressão pender ainda mais do lado das mulheres.

Assim como nossas participantes, Campos et al. (2017) se deparam com as temáticas da maternidade e da conjugalidade, ao analisarem os prontuários de mulheres, em um estudo transversal sobre o perfil sociodemográfico de pacientes de um CAPS II. Os autores ponderam, entretanto, que o CAPS pode ser um espaço de expressão das subjetividades femininas.

Para pensar na experiência de adoecer, sendo mulher, recorreremos ao resgate histórico realizado por Engel (2010). Nos primórdios do campo da psiquiatria, o corpo e a sexualidade femininos eram vigiados e associados diretamente à loucura. A sexualidade só não configurava ameaça às mulheres, no que tange à integridade física, mental e moral, se ficasse aprisionada ao matrimônio, o que excluía o adultério e o hábito de masturbação, supostamente causador de esterilidade e aborto. Conforme sugere Engel, os alienistas construíram uma íntima relação “entre as perturbações psíquicas e os distúrbios da sexualidade em quase todos os tipos de doença mental” (p. 342).

Médicos brasileiros do século XIX haviam difundido a ideia de que a mulher era um ser assexuado, sendo, portanto, inexistente o desejo feminino. Como no imaginário médico da época, a sexualidade das mulheres estava diretamente ligada ao adoecimento mental, a maternidade se configurou como prevenção e possibilidade de cura dos distúrbios mentais, sanando inclusive o desejo sexual: “Partia-se do princípio de que, por natureza, na mulher o

instinto materno anulava o instinto sexual” (Engel, 2010, p. 340). Então considerada essência feminina e remédio eficaz para salvar as mulheres dos desvios e perigos da sexualidade e da loucura, a maternidade servia como o fiel da balança segundo qual as mulheres eram comparadas: “Mas, para a mulher que não quisesse ou não pudesse realizá-la – aos olhos do médico, um ser físico, moral ou psiquicamente incapaz – não haveria salvação e ela acabaria, cedo ou tarde, *afogada nas águas turvas da insanidade*” (Engel, 2010, p. 338, grifos nossos).

Kurchaidt et al. (2023) iluminam a desvalorização e negação de conhecimentos produzidos por grupos ou indivíduos que não se enquadrem no padrão hegemônico europeu, branco, cis, heteronormativo e masculino, ao denunciarem o apagamento epistêmico da importante contribuição das autoras Franca Ongaro Basaglia (1987) e María Marcela Lagarde y de los Ríos (2005). Ambas as autoras compreendem que a cultura estabelece traços que distinguem homens e mulheres, sendo a loucura feminina provocada por não desempenhar os papéis sociais estabelecidos. Partilham da ideia de que em nossa cultura ocidental o ideal de passividade e disponibilidade esteja calcado numa suposta essência feminina e a favor da opressão e do cerceamento da autonomia das mulheres, sendo a mulher vista como ligada à natureza enquanto o homem é associado à racionalidade. As autoras identificam que ser mulher significa, nos termos de Basaglia (1987), ser-para-os-outros, ou como denomina Lagarde (2005) exercer uma servidão voluntária. A partir da metáfora de um cativo, Lagarde (2005) pontua que, devido aos estereótipos de gênero, as mulheres se encontram cerceadas em sua possibilidade de decidir por si mesmas, sendo seus cativos a casa, o convento, a prisão e o manicômio (Kurchaidt et al., 2023).

Como as saúdes física e mental estiveram historicamente associadas ao funcionamento do útero e dos ovários, as mulheres que tivessem comportamento desviante e desobediente eram

submetidas a intervenções cirúrgicas⁴⁴ e/ou fadadas ao enclausuramento nos manicômios (Pereira & Amarante, 2017). O Hospital do Juquery, um dos maiores manicômios do país, teve uma grande contribuição, com a ascensão do saber médico da época, no processo de disciplinarização da expansão urbana, exercendo controle social, ao mesmo tempo em que determinava parâmetros que orientavam a construção de concepções sobre a loucura e a normalidade. Cunha (1989) identifica como as intervenções, técnicas violentas e mutiladoras, estavam à serviço do controle da sexualidade feminina e da manutenção do ideal da mulher enquanto mãe e cuidadora da família.

Cunha (1989) reconhece que a crença de inferioridade natural acometia todas as mulheres, bem como aponta Rohden (2009, p. 30): “Na medida que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres”. Porém, Cunha (1989) salienta que esse modelo da assim chamada “mulher de família” era imposto apenas às mulheres brancas, não sendo, portanto, esperado das mulheres negras as quais recebiam, inclusive, menos intervenções cirúrgicas no Juquery: “as diferenças sociais remetem a formas distintas de subordinação no interior da condição feminina” (p. 121).

Assim, este campo “E eu não sou uma mulher?” denuncia a experiência de desumanização vivida pelas participantes, além do sentimento de culpa e de se sentirem um fardo para a família e para a sociedade. Quando lhe foi solicitado que contasse uma história, no uso do PDE-Tema, sobre a mulher em tratamento no CAPS, Violeta descreve uma mulher morta: “*Ela é livre de sofrimento, de dar trabalho para os outros, livre de dar trabalho para todo mundo no CAPS. Sou uma pedra no sapato de todo mundo*”. Violeta revela a dor de sentir-se inadequada, vislumbrando a morte como a melhor saída para aquele tormento.

⁴⁴ Em um minucioso resgate documental e histórico sobre as atividades do Hospital do Juquery entre as décadas de 1930 e 1950, Toledo (2019) mostra como as psicocirurgias pareciam seguir as linhas da hierarquia de gênero. Entre as décadas de 1940 e 1950, o levantamento de prontuários aponta que, dos pacientes submetidos à técnica da lobotomia 95,08% eram mulheres e 4,91% homens.

Considerações finais

“É necessário se espantar,
se indignar e se contagiar,
só assim é possível mudar a realidade”

Nise da Silveira

Finalizo esse longo percurso, que produziu em mim um desabrochar enquanto pesquisadora psicóloga e como pessoa, ao mesmo tempo em que reforçou o sentimento de indignação. Como bem disse Nise da Silveira, que esse sentimento seja adubo para plantar sementes de transformações. Espero que a leitora que me acompanhou até aqui possa partilhar dessas últimas reflexões.

Ao mostrar os sofrimentos sociais em sua concretude, essa pesquisa escancara o que precisamos dar conta enquanto sociedade. O drama relatado pelas participantes é um problema que atinge boa parte da população brasileira, situação que segue, ainda hoje, invisibilizada. Assim, colocar em evidência a experiência emocional das mulheres pacientes de CAPS é uma forma de reivindicar o acolhimento da loucura e defender a amorosidade para todas as pessoas, sem discriminação.

Em relação às limitações do estudo, reconhecemos que o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-Tema) despertou ansiedade nas participantes, e certa frustração naquelas que não conseguiam atender à solicitação de desenhar. Estamos cientes de que qualquer recurso mediador pode se mostrar inadequado para participantes em situação de extrema vulnerabilidade e requerer ajustes para seu uso. Acreditamos que foi possível construir uma forma adaptada e respeitosa de utilizar o PDE-Tema, ao incentivar que as participantes imaginassem uma figura, ao invés de desenhar, e falassem sobre ela, ficando seu registro a cargo da pesquisadora. Ponderamos sobre o racismo não figurar como fonte de sofrimento e chegamos a duas possibilidades: a falta de reconhecimento, por parte das participantes, desse

tipo de preconceito, uma vez que as forças de opressão cuidam de invisibilizá-lo; o fato da entrevistadora ser uma mulher branca, condição que possa ter determinado, ainda que não intencionalmente, o distanciamento das participantes em relação às questões raciais.

Outro ponto a ser destacado é o critério utilizado pelos profissionais do CAPS para a indicação de participantes, tenha sido ele consciente ou inconsciente. Notamos que foram selecionadas mulheres-mães, com um histórico de transtornos mentais graves e crônicos e vítimas de violência. Apesar de não sabermos exatamente qual foi o critério de indicação, esse recorte se configurou como uma força da pesquisa em relação ao objetivo de resgatar histórias de adoecimento. Ao mesmo tempo, a escolha dessas participantes levanta a possibilidade de um futuro estudo acerca do imaginário coletivo dos profissionais do CAPS sobre mulheres em tratamento na saúde mental. Além disso, enquanto pesquisadoras qualitativas, estamos cientes de que trabalhamos com a singularidade da experiência humana e que nossos achados poderiam ser outros, caso tivéssemos entrevistado mulheres jovens, sem filhos, sem histórico de adoecimento crônico, ou mesmo pertencentes a outras classes e demais marcadores sociais, como raça.

Embora cada mulher participante tenha uma história singular de adoecimento e de estratégias de sobrevivência psíquica, encontramos vivências pessoais que as aproximam. As participantes revelam terem sofrido diversos traumas, sendo o adoecimento um deles, o que não parece apaziguar seu sofrimento uma vez que se ressentem de lhes ter sido retirado o direito de cuidar. Ademais, as histórias de intenso sofrimento social são atravessadas por condições de vida precárias, que reverberam em sentimentos de desamparo, humilhação e injustiça.

Com isso, podemos perceber como os diversos sistemas de opressão funcionam articulados, determinando padrões sociais que devem ser seguidos. Às mulheres que não se encaixam nos padrões restam o apagamento e a desumanização. Em um país desigual como o Brasil, as participantes, que se encontram na base de diversas discriminações – por serem

mulheres, negras, doentes mentais, pobres, desempregadas, sem educação digna —, escancaram os efeitos nefastos do projeto político-econômico capitalista, racista e patriarcal.

Concordamos com Basaglia (1987) de que só haverá igualdade entre mulheres e homens quando a opressão culturalmente mascarada como diferença natural for rompida, sendo esse processo de trazer à tona o que está oculto igualmente urgente nos outros sistemas opressivos. Faz-se necessário descortinar esses sistemas de opressão entrecruzados e seus efeitos nocivos, para ampliar os recursos de combate às desigualdades e incrementar os debates nas diferentes áreas, como na psicologia e na psicanálise as quais historicamente contribuíram para a perpetuação de estereótipos sociais, compactuando com mitos presentes em nossa cultura. Para isso, é necessário diálogo com base em uma postura reflexiva constante.

Muito além do compromisso acadêmico desta pesquisa, destacamos o compromisso ético pelo reconhecimento da humanidade de todas as pessoas (Plastino, 2012), independente de gênero, raça, classe, nacionalidade, entre outros marcadores sociais, e pela defesa de uma sociedade em que todas as pessoas possam ser respeitadas. Esperamos que as entrevistas transicionais tenham contribuído para que os males vivenciados pelas participantes caminhem no sentido de sua elaboração, bem como na ampliação do sentimento de esperança de serem reinseridas no processo de humanização.

Acreditamos que essa produção de conhecimentos compreensivos possa colaborar com o entendimento crítico e interseccional do processo de adoecimento feminino no contexto brasileiro, de forma que possa vir a auxiliar na melhoria da qualidade clínica da atuação de psicólogos e de outros profissionais do setor da saúde mental que atendem mulheres, combatendo o aparato manicomial e colonial que reatualiza opressões (Passos, 2020). Além disso, esperamos que estudos como este corroborem com o desenvolvimento de novas políticas públicas que fomentem práticas mais acolhedoras para todas as pessoas vulnerabilizadas. Queremos crer que este trabalho também possa contribuir com a qualificação de debates que se

fizerem no âmbito de movimentos sociais, principalmente os que se referem à luta pela igualdade de gênero, que, como vimos nas experiências emocionais das nossas participantes, não pode ser dissociada da luta antirracista e anticlassista.

Referências Bibliográficas

- Adichie, C. N. (2019). *O perigo de uma história única*. Companhia das Letras.
- Aiello-Fernandes, R. A. (2013). *Da entrada de serviço ao elevador social: racismo e sofrimento*. [Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/15958>
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2003). Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Psicologia USP*, 14(1), 95–128. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000100007>
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. [Tese de Livre Docência. Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-24022006-090139/pt-br.php>
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune (Org.), *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. (1ed.). L'Harmattan.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2008). Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da teoria dos campos. In: J. Monzani & L. R. Monzani (Orgs), *Olhar: Fabio Herrmann - Uma Viagem Psicanalítica* (pp.311-324). Ed. Pedro e João Editores/CECH-UFSCar.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Ambrosio, F. F., e, & Visintin, C. D. N. (2017). A fecundidade heurística do procedimento de Desenhos-Estórias com tema. In L. Tardivo, *O procedimento de Desenhos- Estórias na clínica e na pesquisa: 45 anos de percurso* (pp 30-53). IPUSP.
- Almeida, A. P., & Naffah Neto, A. (2020). Apresentação. In: A. P. de Almeida & A. Naffah Neto (org), *A pesquisa em psicanálise na universidade: um enfoque no método por meio de exemplos*. (pp. 5-9). Educ.
- Almeida, S. L. de (2019). *Racismo Estrutural*. Polén.

- Almeida, M. de A. (2022). Maternidade contra o genocídio: o Movimento Mães de Maio frente à democracia das chacinas. *Revista Antropolítica*, 54(3), 415-437. <https://doi.org/10.22409/antropolitica2022.i3.a50035>
- Almeida, D. C. da, Araújo, N. A. de L., Silva, L. S. da, Nascimento, V. F. do, Carrijo, M. V. N., Luis, M. A. V., Volpato, R. J., & Lemes, A. G. (2023). Perfil de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial no interior do Mato Grosso. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 15(1), 300-312.
- Amarante, P. (2020). Prefácio. In M. de O. Pereira (2020), *Mulheres e loucura: narrativas de resistência* (pp.13-18). Autografia.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Fiocruz.
- Amarante, P. (2011). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Amatuzzi, M. M. (2007). Experiência: um termo chave para a Psicologia. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 13, 8-15.
- Andrade, L. J. de O., & Martins, Á. K. L. (2023). Violência e suas implicações no campo da saúde mental das mulheres: Uma revisão integrativa da literatura no âmbito da Psicologia. *Revista Ciências Humanas*, 16(1). <https://doi.org/10.32813/2179-1120.2023.v16.n1.a901>
- Arruzza, C. (2015). Considerações sobre gênero: reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. *Outubro Revista*, 23, 35-58.
- Arruzza, C., Bhattacharya, T., & Fraser, N. (2019). *Feminismo para os 99%: um manifesto*. Boitempo.
- Bacigalupe, A., & Martín, U. (2021). Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health? *Scandinavian journal of public health*, 49(3), 317-324. <https://doi.org/10.1177/1403494820944736>
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Bajotto, A. P., & Goldim, J. R. (2012). Consentimento Informado: cuidados para o recrutamento de populações vulneráveis. *Revista Bioética*, 20(2), 226-231. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/743

- Barbosa, C.G., Meira, P. R. M., Nery, J. S., & Gondim, B. B. (2020). Epidemiological profile of the users of a Psychosocial Care Center. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 16(1), 1-8. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.156687>
- Barcelos, T. F. (2014). *A História da menina-morta: desesperança de adolescentes em situação de precariedade social*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. https://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=17&Itemid=160&id=27A7C61EBA12&lang=pt-br
- Barreto, K. (2023, 12 de junho). [Reportagem] No Brasil, 84,5% das pessoas têm pelo menos um tipo de preconceito contra mulheres, diz ONU. *G1 Globo*. <https://g1.globo.com/politica/noticia/2023/06/12/no-brasil-845percent-das-pessoas-tem-pelo-menos-um-tipo-de-preconceito-contramulheres-diz-pesquisa-da-onu.ghtml>
- Basaglia, F. (1987). *Mujer, locura y sociedad*. Univerdad Autónoma de Puebla.
- Bauru. Manifesto de Bauru (1987). In *II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental: por uma sociedade sem manicômios*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>.
- Beauvoir, S. D. (2016a). *O segundo sexo: fatos e mitos*. Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1949)
- Beauvoir, S. D. (2016b). *O segundo sexo: a experiência vivida*. Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1949)
- Bento, C. (2022). *O pacto da branquitude*. Companhia das Letras.
- Biroli, F., & Miguel, L. F. (2015). Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações-Revista de Ciências Sociais*, 20(2), 27-55. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p27>
- Biroli, F. (2018). *Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil*. Boitempo.
- Bleger, J. (1995). *Temas de Psicologia: Entrevistas e Grupos* (Rita Maria Moraes, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979)
- Bleger, J. (2007). *Psicología de la conducta*. Paidós. (Trabalho original publicado em 1963)
- Bonfatti, S. C., & Granato, T. M. M. (2021). “É muito peso para uma pessoa só”: narrativas interativas de adolescentes sobre o (des) acolhimento institucional. *Vínculo-Revista do NESME*, 18(1), 32-41. <http://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p37-52>

- Bonfatti, S. C. (2022). *“A menina abrigada não tem ninguém”*: encontros narrativos sobre a violência intrafamiliar. [Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/xmlui/handle/123456789/16669>
- Bourdieu, P. (2023). *A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica*. Difel. (Trabalho original publicado em 1998)
- Brasil (2001). Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil Ministério da Saúde (2002). Portaria Federal nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II. *Diário Oficial da União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil (2006). Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Brasil Ministério da Saúde (2013). Ministério da Saúde (2013). *Conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf
- Brasil Ministério da Saúde (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil (2015). Lei nº 13.104 de 9 de março de 2015. *Diário Oficial da União*. <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/172426221/lei-13104-15>
- Butler, J. (2017). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira.
- Caicedo-Roa, M., Bandeira, L., & Cordeiro, R. (2022). Femicídio e Feminicídio: discutindo e ampliando os conceitos. *Estudos Feministas*, 30(3), e83829, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n383829>
- Campos, I. de O., Ramalho, W. M., & Zanello, V. (2017). Saúde mental e gênero: o perfil sociodemográfico de pacientes de Centro de Atenção Psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 68-77. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170008>
- Campos, I. de O., & Zanello, V. (2017a). Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(48), 105-117. <https://doi.org/10.21680/2238-6009.2016v1n48ID11505>

- Campos, I., & Zanello, V. (2017b). Sofrimento psíquico, gênero e violência: narrativas de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II). In C. Stevens, S. Oliveira, V. Zanello, E. Silva, & C. Portela (2017), *Mulheres e violência interseccionalidades* (pp. 505-522). Technopolitik.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 288-294. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>
- Caponi, S., Martinez Villa, J., & Amaral, L. H. (2023). El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. *Revista Estudos Feministas, Florianópolis*, 31(1), e93055, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193055>
- Carias, A. R. (2018). *Uma compreensão winnicottiana sobre o sofrimento de filhos de alcoolistas*. [Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/16033>
- Carias, A. R. (2022). *Imaginário coletivo de profissionais do CAPS AD sobre o cuidado a familiares de pessoas que fazem uso dependente de álcool*. [Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/xmlui/handle/123456789/16726>
- Carias, A. R., & Granato, T. M. M. (2021). O sofrimento emocional de filhos de alcoolistas: uma compreensão psicanalítica winnicottiana. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, e218542. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003218542>
- Carneiro, S. (2011). *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. Selo Negro Edições.
- Cerqueira, D., & Bueno, S. (Coords.) (2023). *Atlas da violência 2023*. Ipea; FBSP. <https://dx.doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2023>
- Chagas, G. D., Peranzoni, V. C., Brutti, T. A., & de Oliveira, V. M. A. (2023). A reforma psiquiátrica brasileira no contexto sociocultural. *Revista Ilustração*, 4(1), 3-11. <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v4i1.140>
- Coelho Junior, N. E. (2018). A matriz ferencziana. In L. C. Figueiredo & N. E. Coelho Junior, *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise* (pp. 117-185). Blucher.
- Collins, P. H. (2019). *Pensamento feminista Negro*. Boitempo.

- Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Costa, R. C., Coelho, M. O., Neto, E. M. R., Rocha, L. A., Marques, V. & Lotif, M. A. L. (2015). Perfil epidemiológico de usuários intensivos de um centro de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(2), 820-829. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10405>
- Crenshaw, K. (2004). A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. VV. AA. *Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem*, 1(1), 7-16.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista estudos feministas*, 10, 171-188.
- Cunha, M. C. P. (1989). Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*, 9(18), 121-144.
- David, E. D. C., & Vicentin, M. C. G. (2021). Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em debate*, 44, 264-277. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322>
- Del Priore, M. (2009). *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Editora Unesp.
- Denzin, K., & Lincoln, Y. S. (1994). The Discipline and Practice of Qualitative Research. In K. Denzin, & Y. S. Lincoln (org), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (pp 1-32). Sage.
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2007). Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research*, 7(3), 327-353. <https://doi.org/10.1177/1468794107078515>
- Dockhorn, C. N. D. B. F., & Macedo, M. M. K. (2015). Estratégia Clínico-Interpretativa: um recurso à pesquisa psicanalítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31, 529-535. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015042473529535>
- Duque, F. D. A. (2018). Empatia psicanalítica: possibilidades e dificuldades. *Estudos de Psicanálise*, (49), 97-104.
- Engel, M. (2010). Psiquiatria e feminilidade. In M. D. Priore (Org.), *História das mulheres no Brasil* (323-361). Editora Contexto.

- Fabris-Zavaglia, M. M. (2020). *A experiência vivida de mães de filhos diagnosticados como autistas e sofrimento social*. [Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/16059>
- Fabris-Zavaglia, M. M., Visintin, C. D. N., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2022). Maternagem de filhos com dificuldades graves de desenvolvimento. *Psico*, 53(1), e37103-e37103. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.37103>
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. EDUFBA.
- Faria, N. C., & de Paiva, F. S. (2023). Saúde mental e violência contra a mulher: reflexões a partir de um estudo de caso. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 16(3). <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202316e20290>
- Federici, S. (2017). *Calibã e a Bruxa – Mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Elefante.
- Federici, S. (2019). *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. Elefante. (Trad. Coletivo Sycorax.)
- Ferenczi, S. (1992). Reflexões sobre o trauma. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Vol. 4) (pp. 109-117). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932)
- Figueiredo, L. C. (2020). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. Escuta.
- Figueiredo, L. C (2018). A matriz freudo-kleiniana. In L. C. Figueiredo, & N. E. Coelho Junior, *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise* (pp. 41-115). Blucher.
- Figueiredo, L. C., & Coelho Junior, N. E. (2018). *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. Blucher.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. Sage.
- Fonteles, C. S. L., Coutinho, D. M. B., & Hoffmann, C. (2018). A pesquisa psicanalítica e suas relações com a universidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 21, 138-148. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142018001013>
- Fortes, I., & Macedo, M. K. (2018). Quem é o psicanalista pesquisador? Questões cruciais sobre o método psicanalítico de pesquisa. In: L. Fulgencio, J. Birman, D. Kupermamm, & E. L. Cunha (2018), *Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos* (pp. 106-122). Zagodoni.

- Fórum Brasileiro de Segurança Pública FBSP (2023a). *Pesquisa Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. FBSP. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública FBSP (2023b). *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. FBSP. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>
- Freud, S. (1913) *Princípios básicos da psicanálise*. Companhia das Letras, 2010. (Sigmund Freud obras completas, 10)
- Fulgencio, L. (2011). A importância da noção de experiência no pensamento de D. W. Winnicott, *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(1), 57-64.
- Ghebreyesus, T. A. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization.
- Global Burden of Disease (2019). Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Góes, E. (2016, 21 de dezembro). [Reportagem] Mãe preta pode ser? Mulheres negras e maternidade. *Portal Geledés*. https://www.geledes.org.br/mae-preta-pode-ser-mulheres-negras-e-maternidade/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw3NyxBhBmEiwAyofDYTIVJff6_q6SKxRne9y9jCq5sq1PPSkYGV2aBDL7PxgPX5fMFIGFRoCke0QAvD_BwE
- Gomes, M. B. C. (2019). *Encontros narrativos com mães, pais e bebês na transição para a parentalidade*. [Tese de Doutorado em Psicologia. Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/15578>
- Gonçalves, R. (2022). O pensamento insurgente de Lélia Gonzalez e Beatriz Nascimento. *Lutas Sociais*, 26(49), 213-225. <https://doi.org/10.23925/lis.v26i49.62428>
- Gonzalez, L. (2020). Racismo e sexismo na cultura brasileira. In F. Rios, & M. Lima (Orgs.), *Por um feminismo afro-latino-americano* (pp. 75-93). Zahar. (Trabalho original publicado em 1984)
- Granato, T. M. M. (2000). *Encontros Terapêuticos com Gestantes à luz da Preocupação Materna Primária*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-10112005-162658/pt-br.php>

- Granato, T. M. M. (2002). *Tempo de gestar. Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. Landmark.
- Granato, T. M. M. (2004). *Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade*. [Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-13062006-152940/pt-br.php>
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico*, 42(4), 494-502. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7122>
- Granato, T. M. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 157-163.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25(1), 17-35. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000100002
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg (2016). Interactive narratives in the investigation of the collective imaginary about motherhood. *Estudos de Psicologia*, 33(1), 25-35. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000100004>
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1994). *Relações Objetivas na Teoria Psicanalítica*. Artes Médicas.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In: N. K. Denzin & U. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. (pp. 105-117). Sage.
- Herrmann, F. (2001). *Andaimes do Real: O Método da Psicanálise*. Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1979)
- Herrmann, F. (2001). *Introdução à teoria dos campos*. Casa do Psicólogo.
- hooks, b. (2019). *Teoria feminista: da margem ao centro*. Perspectiva.
- hooks, b. (2023). *E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo*. Rosa dos tempos. (Trabalho original publicado em 1981)
- Iaconelli, V. (2023). *Manifesto maternalista: psicanálise e políticas de reprodução*. Zahar.
- Janu, L. (2023, 15 de março). [Reportagem] Movimento red pill expõe misoginia nas redes sociais. *Deutsche Welle*. <https://www.dw.com/pt-br/movimento-red-pill-exp%C3%B5e-misoginia-e-machismo-nas-redes-sociais/a-64985973>

- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, S. F. P. de, & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (7), 3051-3060. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- Khalifeh, H., Moran, P., Borshmann, R., Dean, K., Hart, C., Hogg, J., Osborn, D., Johnson, S., & Howard, L. M. (2015). Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine*; 45(4), 875–886. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001962>
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Cobogó. (Trabalho original publicado em 2008)
- Kuchuck, S. (2021). *The relational revolution in psychoanalysis and psychotherapy*. Confer Books.
- Kurchaidt, M. Z., Saraiva, J. S., Brandão, M. B., & Muhl, C. (2023). Duas interpretações sobre loucura e gênero: Franca Basaglia e Marcela Lagarde. *Caderno PAIC*, 24(1), 457-474.
- Laboratório Think Olga (2023). *Esgotadas*. <https://lab.thinkolga.com/esgotadas/>
- Lagache, D. (1986). La psychanalyse envisagée comme analyse de la conduite. In: D. Lagache, *La folle du logis: la psychanalyse comme Science exacte*. Presses Universitaires de France. (Trabalho original publicado em 1948)
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes.
- Leão, R. (2017). *Tudo nela brilha e queima: poemas de luta e amor*. Planeta.
- Lejarraga, A. L. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. *Natureza humana*, 10(2), 115-147.
- Liberman, A. (2014). Stephen A. Mitchell y el psicoanálisis rioplatense “clásico” (Bleger): algunas convergencias. *Clínica e Investigación Relacional*, 8(1), 51-60.
- Lo Bianco, A. C. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF*, 8 (2), 115-123.
- Lucas, R. A. (2022). Narrativas de mães e filhos: vivências familiares na pandemia de Covid-19. [Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/16512>

- Mancini, P. J. P. (2020, 14 de maio). [Reportagem] 13 de maio: a resistência das camélias e a abolição tardia. *Outras palavras*. <https://outraspalavras.net/outrasmidias/13-de-maio-a-resistencia-das-camelias-e-a-abolicao-tardia/> em 11 de abril de 2024.
- Masiero, A. L. (2003). A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 10(2), 549-572. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000200004>
- Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 107-120. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>
- Mbembe, A. (2016). Necropolítica. *Arte & ensaios*, (32), 122-151.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs*, 30(3), 1771-1800. <https://doi.org/10.1086/426800>
- Mesquita, M. M., & Granato, T. M. M. (2022); Infelizes para Sempre: divórcio litigioso e sofrimento emocional à luz da teoria winnicottiana. *Contextos Clínicos*, 15(1), 27-50. <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.151.02>
- Minayo, M. C. De S. (2021). Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 9(22), 521-539. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2021.v.9.n.22.506>
- Moióli, J. (2024, 10 de março). [Reportagem] Em ambulatório psiquiátrico em SP, mulheres na faixa dos 45 anos são maioria. *Folha de São Paulo*. https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/03/em-ambulatorio-psiquiatrico-de-sp-mulheres-na-faixa-dos-45-anos-sao-maioria.shtml?pwgt=1ct16n0xeo07ds5wsschtvmhwu7fiaujeojr6m9q51ax5beq&utm_source=mail&utm_medium=social&utm_campaign=compmailgift
- Motta, D. C. (2017). *Desvendando o nó: a experiência de auto-organização das mulheres catadoras de materiais recicláveis do Estado de São Paulo*. [Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da produção científica e intelectual da Unicamp. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/991243>
- Mozardo, M. L. S. G. (2021). *Parto acompanhado: a experiência emocional de parturientes e acompanhantes*. [Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/16076>

- Naffah Neto, A. (2005). Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. *Natureza humana*, 7(2), 433-454.
- Naffah Neto, A. (2006). A pesquisa psicanalítica. *Jornal de psicanálise*, 39(70), 279-288.
- Naffah Neto, A. (2007). A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. *Natureza humana*, 9(2), 221-242.
- Naffah Neto, A., & de Ulhoa Cintra, E. M. (2012). A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. *ALTER–Revista de Estudos Psicanalíticos, Brasília*, 30(1), 33-50.
- Nascimento, T. G. do (2019). Lélia Gonzalez anuncia a primavera para as rosas negras-resenha. *Lutas Sociais*, 23(43), 367-371. <https://doi.org/10.23925/lis.v23i43.52208>
- Nogueira, C. (2017). *Interseccionalidade e Psicologia Feminista*. Devires.
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
- Onocko, R. & Sousa Campos, G. (2022). La Reforma Psiquiátrica. *Barquitos Pintados. Experiencia Rosario.*, 4(4), 31-44. <https://doi.org/10.35305/barquitos.v4i4.62>
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L.M. (2017). Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*, 4(2), 159-170. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021). *Plano de ação abrangente de saúde mental 2013-2030* [World Health Organization (2021). Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022). *Relatório Mundial de Saúde Mental: transformando a saúde mental para todos* [World Health Organization. (2022). World mental health report: transforming mental health for all]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Organizações das Nações Unidas ONU (2015). Goals 5: achieve gender equality and empower all women and girls. *United Nations*. <https://sdgs.un.org/goals/goal5>
- Organizações das Nações Unidas ONU Mulheres (2022). *Igualdade de gênero: tema urgente para um futuro sustentável, afirma diretora da ONU Mulheres*. <https://brasil.un.org/pt-br/174232-igualdade-de-gênero-tema-urgente-para-um-futuro-sustentável-afirma-diretora-da-onu-mulheres#:~:text=Com%20o%20tema%20que%20pede,mulheres%20são%20multiplicadoras%20de%20soluções>.

- Passos, R. G. (2018). Holocausto ou Navio Negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-23.
<https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>
- Passos, R. G. (2019). Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? *Sociedade em Debate*, 25(3), 74-88.
- Passos, R. G. (2020). Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, 18(45), 116-129.
<https://doi.org/10.12957/rep.2020.47219>
- Passos, R. G. (2023). *Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão*. Hucitec.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>
- Peniche, A. (2021, 9 de janeiro). Simone de Beauvoir: A liberdade é a nossa substância. *Esquerda.net*. <https://www.esquerda.net/artigo/simone-de-beauvoir-liberdade-e-nossa-substancia/72083>
- Pereira, M. de O., & Amarante, P. (2017). Mulheres, loucura e patologização: desafios para a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. In R. G. Passos, R. de A. Costa, & F. G. da Silva (Org), *Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial* (pp.159-182). Gramma.
- Pereira, M. de O. (2019, 6 de novembro). [Reportagem] Psicofármacos e Mulheres brasileiras: sobre o que nos fala essa relação? *Mad in Brasil*.
<https://madinbrasil.org/2019/11/psicofarmacos-e-mulheres-brasileiras-sobre-o-que-nos-fala-essa-relacao/>
- Pereira, M. de O. (2020). *Mulheres e loucura: narrativas de resistência*. Autografia.
- Perez, O. C., & Ricoldi, A. M. (2023). A quarta onda feminista no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, 31, e83260. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n383260>
- Pessoa, D., & Soares, T. (2023). Vulnerabilidades sociais do território e os impactos na saúde mental: revisão integrativa. *Cadernos UniFOA*, 18(52), 1-11.
<https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v18.n52.4433>
- Pinho, A. R., Rodrigues, L., & Nogueira, C. (2020). (Des) construção da parentalidade trans: homens que engravidam. *ex æquo*, (41), 195-205.
<https://doi.org/10.22355/exaequo.2020.41.12>

- Pinto, D. M., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Vasconcelos, M. G. F., Cavalcante, C. M., Flores, A. Z. T., & Andrade, A. S. (2011). Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3), 493-302. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>
- Plastino, C. (2012). A emergência espontânea do sentimento ético como tendência da natureza humana. *Winnicott e-prints*, 7(1), 80-113.
- Politzer, G. (2004). *Crítica dos Fundamentos da Psicologia: A Psicologia e a Psicanálise*. Unimep. (Trabalho original publicado em 1928)
- Pontes, M. G., Braga, L. D. S., & Jorge, A. D. O. (2022). A dinâmica das violências na separação compulsória de mães e filhos em situação de vulnerabilidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210511. <https://doi.org/10.1590/interface.210511>
- Ribeiro, D. (2016). Feminismo negro para um novo marco civilizatório. *Revista internacional de direitos humanos*, 13(24), 99-104.
- Ribeiro, D. (2019). *Lugar de fala*. Selo Sueli Carneiro. Jandaíra.
- Ribeiro, D., Nogueira, C., & Magalhães, S. I. (2021). As ondas feministas: continuidades e descontinuidades no movimento feminista brasileiro. *Sul-Sul - Revista de Ciências Humanas e Sociais*, 1(3), 57-76. <https://doi.org/10.53282/sulsul.v1i03.780>
- Ribeiro, L. J. (2023). *Preconceito e desumanização: experiência de maternagem de mulheres-mães lésbicas*. [Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/17041>
- Rohden, F. (2009). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. FIOCRUZ.
- Roland, L. F., Couto, S. de F., Giacomelli, S. de C., Pires, L. F., Prade, J. da S., Schweig, C. F., & Prigol, M. (2023). Perfil sociodemográfico, clínico e nutricional de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial. In T. C. Treptow, C. C. B. Brasil & C. Copetti (Orgs.), *Nutrição no século XXI* (pp. 114-128). Científica Digital.
- Rosa, D. C. J., Lima, D. M. D., Peres, R. S., & Santos, M. A. D. (2019). O conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica: uma revisão integrativa. *Psicologia Clínica*, 31(3), 577-595. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n03A09>
- Saffioti, H. (1997). Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade. *Lutas sociais*, 2, 59-79. <https://doi.org/10.23925/ls.v0i2.18789>

- Saffioti, H. I. (1999). Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em perspectiva*, 13, 82-91. <https://doi.org/10.1590/S0102-88391999000400009>
- Saffioti, H. I. B. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, Desdobramentos do feminismo, 16, 115-136. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>
- Saffioti, H. (2003). Violência estrutural e de gênero: Mulher gosta de apanhar? Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher—*Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas*/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. A Secretaria.
- Saffioti, H. I. B. (2015). *Gênero, patriarcado e violência*. Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo.
- Santiago, H. & Menezes, L. (2021, 27 de junho). [Reportagem] Adeus, Juquery: a nova vida dos últimos moradores do manicômio mais antigo do país. *Metrópoles*. <https://www.metropoles.com/brasil/adeus-juquery-a-nova-vida-dos-ultimos-moradores-do-manicomio-mais-antigo-do-pais>
- Santos, K. D. S., Ribeiro, M. C., Queiroga, D. E. U. D., Silva, I. A. P. D., & Ferreira, S. M. S. (2020). O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 655-664. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>
- Scott, J. W. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.
- Senicato, C., Azevedo, R. C. S. de, & Barros, M. B. de A. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & saúde coletiva*, 23(8), 2543-2554. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>
- Silva, S. G. da (2010). Preconceito e Discriminação: As Bases da Violência Contra a Mulher. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(3), 556-571. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300009>
- Silva, S. M. C. da, & Nova, S. P. D. C. C. (2022). Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento, de Patricia Hill Collins: O pensamento outsider within das feministas negras. *Lutas Sociais*, 26(49), 360-372. <https://doi.org/10.23925/ls.v26i49.62441>

- Silverio, S. A. (2021). Women's mental health as a public health priority: a call for action. *Journal of Public Mental Health*, 20(1), 60-68. <https://doi.org/10.1108/JPMH-04-2020-0023>
- Silverio, S. A., Sheen, K. S., Bramante, A., Knighting, K., Koops, T. U., Montgomery, E., November, L., Soulsby, L. K., Stevenson, J. H., Watkins, M. Easter, A., & Sandall, J. (2022). Sensitive, challenging, and difficult topics: Experiences and practical considerations for qualitative researchers. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1 – 16. <https://doi.org/10.1177/16094069221124739>
- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Penso.
- Táboas, I. D. M. Z. (2021). Apontamentos materialistas à interseccionalidade. *Estudos Feministas*, 29(1), e76725. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n176725>
- Toledo, E. T. de (2019). *A circulação e aplicação da psicocirurgia no hospital psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero (1936-1956)*. [Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz]. Repositório Institucional Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50350>
- Trinca, W. (1973). *O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. [Tese de doutorado. Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://repositorio.usp.br/item/000729734>
- Trinca, W. (1976). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Pedagógica e Universitária.
- Turato, E. R. (2011). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes.
- Ussher, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69. <https://doi.org/10.1177/0959353512467968>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2023). Gender-related killings of women and girls: Global estimates of female intimate partner/family-related homicides in 2022. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-11/gender-related-killings-of-women-and-girls-femicide-femicide-global-estimates-2022-en.pdf>

- United Nations Development Programme UNDP (2023). *2023 Gender Social Norms Index (GSNI): Breaking down gender biases: Shifting social norms towards gender equality*. New York. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdp-document/gsni202303pdf.pdf>
- Venâncio, R. P. (2010). Maternidade negada. In M. Del Priore (2010), *História das mulheres no Brasil* (pp. 189-222). Contexto.
- Victora, C. (2011). Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. *Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde*, 5(4), 3-13. <https://doi.org/10.3395/reciis.v5i4.764>
- Visintin, C. N. (2023). *Experiência emocional de mulheres com mutação genética associada ao câncer de mama: estudo interdisciplinar*. [Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Repositório Institucional PUC-Campinas. <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/handle/123456789/16759>
- Visintin, C. D. N., Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2023). O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema em pesquisas qualitativas sobre imaginários coletivos. *Estilos da Clínica*, 28(1), 98-114. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v28i1.p98-114>.
- Werlang, R., & Mendes, J. M. R. (2013). Sofrimento social. *Serviço Social & Sociedade*, (116), 743-768. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000400009>
- Winnicott, D. W. (1988). Estabelecimento da relação com a realidade externa. In D. W. Winnicott, *Natureza Humana* (pp. 120-135). Imago.
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso [Breakdown]. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Artmed Editora. (Trabalho originalmente publicado em 1963)
- Winnicott, (1994). O Jogo do Rabisco. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. (Trabalho original foi publicado em 1968)
- Winnicott, D. W. (2007). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos maturacionais*. Artmed. (Trabalho original publicado em 1959)
- Winnicott, D. W. (2007a). Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos maturacionais*. Artmed. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (2007b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos maturacionais*. Artmed. (Trabalho original publicado em 1960)

- Winnicott, D. W. (2007). Os objetivos do tratamento analítico. In D. W. Winnicott, *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Artmed Editora. (Trabalho originalmente publicado em 1962)
- Winnicott, D. W. (2007). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos maturacionais*. Artmed. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (2019a). O brincar: atividade criativa e a busca do self. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 91-107). UBU. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (2019b). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. (pp. 13-51). UBU. (Trabalho original publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (2019c). O lugar em que vivemos. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 167-176). UBU. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (2019d). A criatividade e suas origens. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 108-140). UBU. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (2019e). O brincar: proposição teórica. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 69-90). UBU. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (2019f). A localização da experiência cultural. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 154-166). UBU. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (2021). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. (pp. 491-499). UBU. (Trabalho original publicado em 1956)
- Winnicott, D. W. (2023). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. UBU. (Trabalho original publicado em 1971)
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Penso.
- Zanello, V. (2014a). A saúde mental sob o viés de gênero: uma leitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello, & A. P. M. de Andrade, *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (pp. 41-58). Curitiba: Appris.
- Zanello, V. (2014b). Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In C. Stevens, S. Oliveira, & V. Zanello (Org.), *Estudos feministas e de gênero: perspectivas e articulações* (pp. 108-118). Mulheres.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.

Zanello, V., & Costa e Silva, R. M. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-279.

Anexo A

Formulário de caracterização das participantes

Nome: _____

Nome social: _____ Idade: _____

Raça/etnia: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Naturalidade: _____

Profissão: _____ Ocupação atual: _____ Ativa ()

Afastada () Aposentada ()

Escolaridade (cursou até que série completa): _____

Estado Civil: _____ Tempo de namoro: ____ anos

Tempo de casamento/União estável ____ anos

Filhos: () sim () não Quantos: ____ Sexo: _____ Idade: _____

Com quem mora: _____

Casa própria () Casa alugada () Serviço Residencial Terapêutico () Outro: _____

Renda mensal pessoal aproximada: R\$ _____

Profissional Referência no CAPS: _____

Tempo de tratamento no CAPS: _____

Diagnóstico psiquiátrico: _____

Crises e Internações anteriores: _____

Tratamentos psiquiátricos em outros serviços: _____

Outras doenças: _____

Anexo B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMAGINÁRIO COLETIVO DE MULHERES EM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO SOBRE SOFRIMENTO FEMININO

Pesquisador: DEBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50749321.1.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.929.484

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho objetiva investigar o imaginário coletivo de usuárias de serviços públicos de saúde mental sobre a vida de mulheres que recebem tratamento psiquiátrico, na perspectiva da psicologia psicanalítica concreta, referencial que se baseia no uso do método psicanalítico e na elaboração de teorizações de tipo vincular-relacional. Considerando que a sociedade contemporânea e estruturalmente sexista e desigual, esta pesquisa justifica-se como contribuição para a compreensão do sofrimento feminino concreto, além de trazer subsídios para debates críticos sobre os efeitos da reforma psiquiátrica na luta por uma sociedade antimanicomial. Articula-se metodologicamente por meio da realização de entrevistas psicológicas individuais com mulheres usuárias de serviços de saúde mental pública, durante as quais se utilizará o Procedimento de Desenhos- Estórias com Tema bem como o Procedimento das Narrativas Interativas. O material produzido nas entrevistas será registrado após o encontro sob a forma de narrativas transferenciais, procedimento clínico-investigativo que abrange o relato das falas e manifestações das participantes bem como os impactos afetivo-emocionais vivenciados. Além disso, será elaborado um diário de campo, no qual serão feitas anotações clínicas livres ao longo da investigação. O conjunto constituído pelas narrativas transferenciais e pelo diário de campo será interpretado por meio do método psicanalítico com vistas a criar/encontrar os campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes intersubjetivos, que serão retomados reflexivamente a luz de contribuições de autores que se tem debruçado sobre as questões para as quais apontam

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 4º Bloco A02 4º Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 4.929.484

nossos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da presente pesquisa é investigar o imaginário coletivo de usuáries de serviços públicos de saúde mental sobre a vida de mulheres que recebem tratamento psiquiátrico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Mesmo sendo altamente improvável a ocorrência de algum desconforto emocional decorrente da realização das entrevistas, este será imediatamente atendido pela pesquisadora que está cientificamente preparada para lidar com esse tipo de situação, além de estar clínica e legalmente autorizada ao exercício da profissão de psicóloga sobre o CRP 06/98431.

Benefícios:

Como benefícios apontamos que a entrevista em si é uma oportunidade de expressão subjetiva e de comunicação emocional que, ao ser prontamente acolhida pela pesquisadora que tem formação clínica (CRP 06/98431), segue o delineamento de uma verdadeira consulta terapêutica, tal como concebida por D. W. Winnicott (1971/1984), com caráter psicoprofilático. A entrevista psicológica favorece, portanto, a expressão, a reflexão, a emergência de integração pessoal e de ressignificação dessas vivências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra relevante em termos do seu valor científico. A metodologia é adequada aos objetivos. O projeto transparece rigor e cuidado. Os compromissos éticos foram adequadamente indicados.

O projeto indica que serão entrevistadas 15 mulheres que estejam em acompanhamento psiquiátrico nos serviços públicos de saúde mental do município de Campinas, porém na brochura do pesquisador constam "dados da Instituição onde a pesquisa deverá ser realizada", a saber, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A carta de autorização para a realização da pesquisa assinada pela responsável institucional especifica que a coleta acontecerá nos Centros de Atenção Psicossocial III Estação, Antonio da Costa e Integração. Os apêndices (Formulário de informações sociodemográficas e Formulário de informações ligadas ao tema de pesquisa) são pertinentes à

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 4.929.484

proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente preenchidos e assinados, a saber: carta de autorização institucional, cronograma, orçamento, folha de rosto e declaração de infraestrutura. Neste último, a pesquisadora declara que irá disponibilizar infraestrutura adequada para o desenvolvimento do projeto de pesquisa, mas não esclarece onde. No TCLE, contudo, consta a informação de que será numa das salas do serviço de saúde, junto com a descrição dos cuidados sanitários referentes à pandemia de Covid-19.

Recomendações:

Esclarecer no TCLE qual a plataforma a ser utilizada para a eventual entrevista remota, como descrito no arquivo: "Declaração de Infraestrutura".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do estudo supracitado, considera-se o mesmo aprovado, não havendo pendências e inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado. Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente a pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC- Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RQJETO_1791663.pdf	20/07/2021 16:23:32		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	20/07/2021 16:22:24	DEBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 4.929.484

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	18/07/2021 21:35:04	DEBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de concordância	CartadeAutorizacaoInstitucional.pdf	13/07/2021 16:20:33	DEBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInfraestrutura.pdf	13/07/2021 16:19:54	DEBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	DeclaracaoCustoseRecursos.pdf	13/07/2021 16:19:38	DEBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Imaginariocoletivodemulheresemtratamentopsiquiatricosobresofrimentofeminino.pdf	13/07/2021 16:19:26	DEBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/07/2021 16:17:33	DEBORA ORTOLAN FERNANDES DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 25 de Agosto de 2021

Assinado por:
Mário Edvin GreTERS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.087-571
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br