

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - FCM  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

**CLÁUDIA REGINA CAMPOS RODRIGUES**

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA:  
Leituras clínicas e institucionais**

**CAMPINAS-SP  
FEVEREIRO DE 2021**

**CLÁUDIA REGINA CAMPOS RODRIGUES**

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA:  
Leituras clínicas e institucionais**

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Residência Multiprofissional em  
Saúde Mental da Universidade Estadual de  
Campinas.

Orientação: Rosana T. Onocko Campos

**CAMPINAS-SP  
FEVEREIRO DE 2021**

## **AGRADECIMENTOS**

Os agradecimentos escritos aqui representam minha gratidão e admiração não apenas aos que estiveram envolvidos diretamente neste trabalho, mas sim a todos aqueles que possibilitaram e apoiaram meu percurso durante os dois anos de residência. Reconheço a potência das experiências que vivenciei e das histórias que compartilhei, apesar das dificuldades de trabalhar no SUS durante uma pandemia. Parafraseando meu trabalho sobre o primeiro ano, mas que vale para todo o processo: estes anos representam um intenso ponto de referência e de partida para minha trajetória como psicóloga, com parcerias de grande afeto.

Agradeço a Rosana, Giovana e Bruno pelas supervisões e orientações, assim como por construírem um trabalho ético e comprometido com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica;

A meus/minhas colegas de residência e, em especial, Gabriel, pela parceria no campo de R2 e grande amizade, essencial para enfrentar os desafios de 2020;

Aos e às profissionais do Centro de Saúde Rosália, com destaque para as agentes comunitárias de saúde;

À equipe do CAPS IJ Espaço Criativo, principalmente Adrielle, por me mostrarem a riqueza de um trabalho afetivo e criativo;

Aos usuários e usuárias, que pude conhecer e acompanhar;

A minha família e outros amigos e amigas, por todo o apoio.

Triste, louca ou má  
Será qualificada  
Ela quem recusar  
Seguir receita tal

A receita cultural  
Do marido, da família  
Cuida, cuida da rotina

Só mesmo, rejeita  
Bem conhecida receita  
Quem não sem dores  
Aceita que tudo deve mudar

Que um homem não te define  
Sua casa não te define  
Sua carne não te define  
Você é seu próprio lar

(Triste, louca ou má - Francisco, el Hombre, 2016)

## RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar o cuidado em saúde mental oferecido a mulheres na atenção básica, pelos referenciais teóricos da psicanálise e psicologia institucional, tendo-se como questão central: de que modo este cuidado reflete a visão sobre as mulheres em nossa sociedade? Toma-se como material de análise a experiência enquanto residente psicóloga em um Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde. São discutidos como entraves: 1) o encaminhamento de casos violência de gênero para atendimento individual com psicóloga, sem discussão ou proposta de Projeto Terapêutico Singular compartilhado; 2) a alta frequência da menção a mães e cuidadoras nas discussões de caso, como aquelas que buscam cuidado de saúde a outros, sendo enfatizado pelas profissionais o sofrimento gerado por tal função ou falhas no cuidado materno; e 3) a grande proximidade e uma possível identificação das profissionais com o sofrimento das mulheres atendidas e com a função de cuidadora. Entendendo as ações de cuidado enquanto posicionamento paradoxal entre "presença implicada-reserva", tal identificação poderia gerar maior tendência a sobre implicação ou, pelo contrário, ao afastamento dos casos, condicionada a uma maior ou menor adaptação das usuárias a este papel feminino. Como apoio técnico-pedagógico à equipe, é proposta a construção de um espaço de reserva pessoal e institucional, no sentido da ampliação do leque de ferramentas teórico-práticas, aliada a um fazer compartilhado que inclui uma escuta atenta às profissionais. Almeja-se, assim, contribuir para qualificar o cuidado e ultrapassar uma simples identificação ao papel social atribuído às mulheres e trabalhadoras de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Apoio Matricial, Psicologia Institucional.

## ABSTRACT

This work aims to analyze the mental health assistance offered to women in Primary Health Care, through the theoretical framework of psychoanalysis and institutional psychology, with the main question: how does this care reflect the view of women in our society? The experience as a resident psychologist in a Health Center is analyzed. Three obstacles are discussed: 1) the referral of cases of gender violence for individual treatment with a psychologist, without discussion or a shared Singular Therapeutic Project; 2) the high frequency of mentions of mothers and female caregivers in case discussions, such as those seeking health care for others, with the professionals emphasizing the suffering generated by this function or the failures in maternal care; and 3) the great proximity and a possible identification of the female professionals with the suffering of these patients and with the role of caregiver. Based on the perspective of care work as a paradoxical positioning between "implicated presence-presence in reserve", such identification could generate a greater tendency to over-implication or, on the contrary, to withdraw from the cases, conditioned to a greater or lesser adaptation of patients to this female role. As a technical-pedagogical support to the team, the construction of a personal and an institutional reserve space is proposed, in the sense of expanding the range of theoretical-practical tools, combined with a shared practice that includes attentive listening to professionals. Thus, it aims to contribute to qualify the care and overcome a simple identification to the social role attributed to women and health workers.

**Palavras-chave:** Women's Health, Mental Health, Primary Health Care, Matrix Support, Institutional Psychology.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>Perspectivas de gênero na saúde mental .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Entraves .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Encaminhamentos para atendimento com psicólogo/a, em lógica ambulatorial .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Mulheres como mães e cuidadoras nos casos de saúde mental .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Os impactos subjetivos da escuta nas profissionais de saúde .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>Potencial saída: Criação de espaços de reserva institucionais/ em parcerias com a equipe .....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>40</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar o cuidado em saúde mental oferecido a mulheres na atenção básica, por meio dos referenciais teóricos da psicanálise e da psicologia institucional, e tomando como material de análise as ações realizadas enquanto residente psicóloga em um Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde. Antes de dar início ao panorama das discussões sobre mulheres e saúde mental, será exposto o contexto do campo no qual estou inserida, bem como a forma em que meu itinerário de formação influenciou na escolha do tema. Este trecho inicial se constitui como “análise de implicação”, ou seja: reflexões sobre a minha ligação ao contexto analisado, tanto no que diz respeito ao vínculo de trabalho, quanto aos pensamentos, valores e afetos (L'ABBATE, 2012).

Minha inserção no campo de R2, um Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde (CS/UBS), se deu de maneira bastante atípica. Se, por um lado, foi escolhido por mim a partir de interesse e identificação com a atenção básica, o cenário de pandemia de Coronavírus transformou a dinâmica do serviço. Nesse contexto, agravaram-se os impasses e obstáculos presentes em condições “normais” na atenção primária, destacando-se as dificuldades: 1) na implementação de ações de promoção e prevenção; 2) de exercerem os princípios de territorialidade, longitudinalidade e integralidade do cuidado; e 3) de incluírem a chamada “saúde mental” na visão global da saúde das pessoas, indo contra a tendência de isolar as práticas de saúde mental, em uma lógica ambulatorial e especializada.

Quanto às mudanças no fluxo desse serviço, houve uma priorização dos atendimentos de urgência e foi reservada uma área para atendimento a pessoas com sintomas gripais, suspeitos de Covid-19. Os grupos foram suspensos e os atendimentos agendados só foram mantidos para casos graves. Outros recursos bastante comuns em UBS foram transformados: as idas ao território foram reduzidas e as “visitas domiciliares” passaram a ser realizadas nos portões ou quintais das casas. Também foram pensadas alternativas para atendimento remoto, incluindo ligações por telefone (monitoramento de pessoas com condições crônicas) e vídeo. Enfim, as reuniões de equipe, de início, foram suspensas, sendo retomadas após alguns meses. Tudo isso tendo como pano de fundo um clima bastante incerto e permeado por diversas mudanças de fluxo e rotina do serviço, decididas pela gestão municipal ou local.

Após a descrição do cenário de prática, gostaria de destacar dois aspectos de meu itinerário de formação, que dizem sobre a construção do meu papel profissional. Em primeiro lugar, aponto meu interesse, desde a graduação, por perspectivas sociais e institucionais dentro da psicologia, com tentativas mais recentes (principalmente durante a residência) de articular tais referenciais teóricos a minha prática clínica nos serviços da rede de saúde mental. A escolha



do referencial teórico da psicologia institucional, portanto, traduz tanto meu interesse pela área, como a defesa da importância de se pensar a instituição, qualificando um cuidado que é clínico, mas também é político.

Adicionalmente, destaco meu lugar social, como mulher branca, psicóloga e profissional de saúde. Considero importante apontar esse lugar de fala<sup>1</sup> por reconhecer que a forma como o machismo me afeta é muito diferente de como afeta outras mulheres (RIBEIRO, 2019), além de enfatizar que nós, profissionais de saúde, ocupamos um lugar de poder na relação de cuidado (ENRIQUEZ, 1988/1991). Dessa forma, é necessário um esforço para evitar que se caia no engano de apenas dizer sobre as pessoas/ usuárias dos serviços de saúde, na posição de objetos de nossas intervenções, sem tomá-las como sujeitos autônomos. Certamente, isso se tornou um desafio durante o percurso do trabalho - tanto da escrita, como da atuação, uma vez que realizar leituras institucionais, sem estar no papel de um supervisor, tem efeitos bastante diversos. Não obstante, tal premissa me motivou a pensar como tais leituras pudessem embasar uma prática mais atenta a mim e a colegas de trabalho, assim como mais aberta à diversidade.

Chegando, enfim, à escolha do tema, meu interesse surgiu a partir da constatação, desde o início de minha inserção no campo (pré-pandemia), de uma grande prevalência de mulheres encaminhadas para atendimento psicológico. Estudar e refletir sobre a saúde mental das mulheres, portanto, foi uma escolha para poder me qualificar na relação com usuárias e trabalhadores da equipe. A seguir, introduzo alguns enfoques teóricos e práticos possíveis para este tema.

### **1.1 Perspectivas de gênero na saúde mental**

Para iniciar essa seção, é necessário expor o que se conceitua como “gênero” e o que isso se relaciona com as formas de *ser mulher*. Zanello (2017) aponta que, em sociedades sexistas, constituir-se enquanto pessoa traz necessariamente o caráter de tornar-se homem ou mulher. Argumenta, ainda, que estudos sobre gênero têm revelado que diferenças físicas entre corpos são interpretadas e transformadas em desigualdades sociais. Coerente com tal perspectiva, neste trabalho, gênero é visto enquanto dispositivo que tem função de produzir e regular normas (práticas sociais e padrões implícitos) do que seria considerado “masculino” e “feminino”,

---

<sup>1</sup> Este conceito, muito bem desenvolvido no livro de Djamila Ribeiro (2019), trata de reconhecer o lócus social de onde nosso discurso é produzido, o ponto de partida em termos de pertencimento a um grupo social (gênero, raça e classe). Dessa forma, pensar lugar de fala tem um sentido ético, de quebra de uma pretensa neutralidade e autorização discursiva, contra a ideia de que quem está no lugar de poder poderia falar sobre tudo e todos. Não se trata de negar que uma pessoa branca ou um homem falem sobre racismo e machismo, mas localizar que falam do lugar de privilégio.

incluindo desde aspectos biológicos, até psicológicos e performances de gênero (BUTLER, 2004/2006).

É interessante notar que, na literatura da área, não há consenso se gênero representaria características e funções atribuídos culturalmente aos indivíduos com base no sexo biológico (ALONSO, 2002), ou se até mesmo o que definimos como sexo já incluiria uma leitura cultural (BUTLER, 2004/2006). Sem pretender aprofundar tal questão, permeia este trabalho uma constante discussão sobre quais aspectos são essenciais ou inerentes a “ser mulher” e quais são frutos de normas culturais instituídas. No segundo caso, também se argumenta que tais normas instituídas definem papéis sociais, os quais podem ser excludentes e não abranger as diferentes possibilidades de se vivenciar os gêneros.

Quanto aos ideais sociais, há uma expectativa de que as mulheres sigam os papéis de esposa, mãe e dona de casa, os quais Zanello (2018) caracteriza enquanto os dispositivos amoroso e materno. O primeiro, dispositivo amoroso, coloca o amor como questão central na vida das mulheres - principalmente no modelo de uma relação heterossexual em que se investe assimetricamente. Associado a tal aspecto, a valorização social das mulheres se dá a partir de um ideal estético (branco, loiro, jovem e magro), bem como de um olhar masculino, que as avalia e escolhe. Enquanto isso, o dispositivo materno é baseado no discurso biológico e impõe às mulheres o papel materno e de cuidado aos outros. Assim, condiciona-se um heterocentrismo: expectativa de que se priorize outros em detrimento de si. Quando não é possível o cumprimento de tais papéis, tem-se como resultado um sentimento de culpa e/ou autoagressividade.

Partindo para a área da saúde, parece haver um “senso comum” dentre os profissionais de que mulheres adoecem mais de transtornos mentais. Ainda assim, o tema da saúde mental de mulheres não ganha destaque nas discussões da luta antimanicomial brasileira (PASSOS; PEREIRA, 2017). No entanto, pode-se questionar: será que há, de fato, um maior adoecimento, ou há formas diferentes de homens e mulheres expressarem seu sofrimento?

Em revisão integrativa sobre o perfil epidemiológico de transtornos mentais em adultos no Brasil, Hiany e colaboradores (2018) encontraram uma maior prevalência em mulheres. Nessa população, transtornos de humor (principalmente depressivo) e neuróticos (estresse e ansiedade) são os mais frequentes. Em contrapartida, constatou-se que homens são mais suscetíveis a psicoses e problemas decorrentes do uso de substâncias. A perspectiva de Simon (2014) pode ajudar a explicar tais dados. Segundo o autor, homens expressam afetos de forma “externalizante”, enquanto as mulheres são marcadas pela “internalização”.

A diferença dos transtornos mais comuns em cada gênero é um dos fatores que explica a distinção no perfil de cuidado em saúde: mulheres buscam mais atendimentos ambulatoriais, enquanto homens têm maior número de internações psiquiátricas (HIANY et al., 2018). Outra hipótese - apontada no estudo para o caso de uso de substâncias - seria que mulheres têm maior facilidade em identificar o sofrimento e buscar ajuda.

Ao analisar as especificidades dentro da população feminina, há características que podem torná-las mais ou menos vulneráveis a sofrimento mental. Nesse sentido, Senicato, Azevedo e Barros (2018), com base em dados de inquérito domiciliar (2008/2009) da cidade de Campinas, constataram prevalência de 18,7% de transtornos mentais comuns<sup>2</sup> em mulheres. Ademais, foi observada maior vulnerabilidade em mulheres mais velhas, com menor grau de escolaridade, donas de casa, separadas ou viúvas, com pior qualidade de alimentação, sono e saúde, bem como relato de algum tipo de violência. Sem o mesmo grau de significação estatística, mas ainda assim associadas aos transtornos, estavam as variáveis raça/cor e renda familiar per capita.

Os autores de ambos os estudos epidemiológicos supracitados indicam explicações tanto biológicas, quanto sociais para tais dados (HIANY et al., 2018; SENICATO et al., 2018). Não obstante, faço uma ressalva a respeito da associação do sofrimento mental com o gênero feminino. Passos e Pereira (2017), ao trazerem um balanço bibliográfico sobre o tema “loucura e mulheres”, apontam que, historicamente, construções científicas de áreas como medicina e psicologia afirmam que há uma condição biológica feminina que propicia loucura, de modo a reforçar a diferença entre os sexos e a hierarquização entre características e comportamentos de mulheres. Portanto, deve-se tomar cuidado para que o sofrimento não seja lido como componente essencial do gênero ou do sexo, o que torna invisível aquilo que é produto de desigualdade social e das opressões de gênero e raça<sup>3</sup>.

Estando atentos a tais desigualdades e voltando o olhar para os dados de Hiany e colaboradores (2018), a violência, a pior qualidade de alimentação e saúde, o menor grau de escolaridade, renda e raça/cor são todas variáveis ligadas a questões sociais. Portanto, é relevante compreender quais fatores contribuem para a prevalência de transtorno em mulheres, assim como o que influencia a forma como buscam e recebem cuidado, de modo a proporcionar

---

<sup>2</sup> Transtornos mentais comuns são caracterizados por um conjunto de sintomas depressivos, ansiedade e queixas somáticas inespecíficas (SENICATO et al., 2018), sendo seu ponto de cuidado principal da rede de saúde pública os serviços de atenção básica.

<sup>3</sup> Passos e Pereira (2017) adotam a perspectiva do feminismo interseccional, incluindo um olhar para gênero, raça e classe. Neste trabalho, embora não raça e classe não sejam desconsiderados, o foco principal será para a categoria de gênero.

uma assistência mais condizente com suas particularidades e as condições materiais de suas vidas (PASSOS; PEREIRA, 2017).

Aprofundando a relação entre loucura e mulheres, outro ponto de destaque se refere ao histórico de autores homens produzirem saberes sobre as mulheres - tomando-as apenas como objetos do conhecimento (KODA, 2011; ZANELLO, 2018). Esse aspecto contribuiu para que ideais sociais vigentes em diferentes épocas influenciassem o discurso científico, sem que se notasse. Ou seja, embora se alegasse que a biologia justificaria as diferenças sociais de gênero, com suposta neutralidade, posteriormente constatou-se que a própria visão das mulheres na sociedade embasou a produção científica, reforçando lugares e funções sociais. Assim, foram legitimadas hierarquias entre os gêneros, e a necessidade de dominação masculina sobre a natureza/ sexualidade feminina (KODA, 2011; ZANELLO, 2018).

O fenômeno da influência dos ideais sociais no discurso científico também perpassou a psicanálise - a qual toma o homem como modelo para o desenvolvimento da teoria (KODA, 2011). Reproduzindo lógica patriarcal, coloca-se o falo como referência central no desenvolvimento da sexualidade, associando as mulheres à falta, à posição de passividade ou ao ser objeto de desejo de outro (KEHL, 1998; KODA, 2011). Nesse contexto, Kehl (1998) pontua que o destino aceito para as mulheres, do século XVIII ao início do século XX, seria o investimento em fazer-se mãe (no qual o bebê se tornaria o falo), restringindo outras possibilidades identificatórias. A própria loucura poderia, inclusive, ser vista como uma saída de rebeldia contra este destino restrito (KEHL, 1998; ZANELLO, 2018).

Kehl (1998) defende, então, que sejam ampliadas as perspectivas de identificação e gratificação libidinal das mulheres, ampliando também suas possibilidades de cura. Para que isso seja possível, devemos estar cientes de que não se trata da estrutura de um inconsciente universal, mas de uma construção sócio-histórica (KODA, 2011). Como bem pontua Alonso (2002), ao retomar perspectivas sobre a visão do feminino na psicanálise:

O que a categoria de gênero faz lembrar aos analistas é: o que é ser mulher e como sê-lo, estão instituídos no imaginário social e implantados de fora, estando construídos portanto, por enquanto, dentro das relações de dominação. (ALONSO, 2002, p. 25)

Dessa forma, é importante a defesa de Zanello (2014, 2017) de uma leitura crítica dos manuais diagnósticos, aliada a um “gendramento” dos sintomas. Com base em diferentes autores e perspectivas, a autora aponta que a cultura media os sintomas (ZANELLO, 2017). Isso se dá de duas formas. Por um lado, argumenta-se que “transtornos mentais” se referem a

criações culturais com a função de direcionar diagnósticos e tratamentos (inclusive para o desenvolvimento de medicamentos). Para tal, toma-se como base os padrões de comportamento e de normalidade de uma sociedade específica (classe média branca americana). Por outro lado, as próprias definições dos transtornos também têm efeito no comportamento das pessoas, como lidam e tratam de seu sofrimento.

Quanto ao gendramento dos sintomas, Zanello (2014) explica que se refere a levar em conta que há normas sociais diferentes para homens e mulheres e, portanto, os sintomas podem se manifestar de formas diferentes para cada gênero. Um exemplo disso é o choro, tomado como exemplo de tristeza e critério diagnóstico de depressão em manuais. Por haver maior aceitação social deste elemento em mulheres, isso pode contribuir para um hiper diagnóstico de depressão em mulheres e subdiagnóstico em homens. Ademais, pontua-se que, muitas vezes, aquilo que é visto como “sintoma” tem relação com o que entra em conflito com os ideais de gênero da nossa sociedade, inclusive dos profissionais de saúde, o que pode contribuir para um papel de normatização dos comportamentos.

Não obstante, não se pode negar que a desigualdade e a violência de gênero geram efeitos na subjetividade e saúde mental de mulheres. A respeito da subjetividade, retomamos os dispositivos amoroso e materno, descritos por Zanello (2018), que condicionam formas aceitas de *ser mulher*, bem como geram sofrimento, quando se desvia dos papéis sociais esperados. Outro exemplo bastante explícito está representado na extensa literatura que traz dados sobre violência contra mulheres (física, sexual e psicológica) e suas consequências físicas e mentais (SILVA; OLIVEIRA, 2015). A abordagem a violência de gênero é reconhecida como demanda por profissionais da Estratégias de Saúde da Família, porém estes encontram dificuldades no acolhimento às usuárias, requerendo qualificação profissional sobre a temática (ROMÃO et al., 2020).

Tanto o percurso histórico a respeito da loucura e transtornos mentais em mulheres, quanto os efeitos da opressão de gênero condicionam uma medicalização desse sofrimento. Nesse sentido, há um alto uso de medicação psicotrópica por esta população<sup>4</sup> (TONICELLI, 2018; PASSOS; PEREIRA, 2017). Os medicamentos parecem dar legitimidade e validação ao sofrimento, mas, em contrapartida, demarcam a falta de outros recursos terapêuticos e invisibilizam questões sociais subjacentes (TONICELLI, 2018). Sob outra perspectiva, a

---

<sup>4</sup> Fenômeno também constatado em meu campo de atuação, tanto pelos dados de usuários do serviço que retiram medicações psicotrópicas, como por falas das mulheres que atendo, as quais reconhecem a importância dos remédios para “dar conta” da sobrecarga de trabalho, doenças, preocupações com filhos e outros familiares, ou até mesmo para sobreviver à violência doméstica.

medicalização da questão também se traduz no controle da medicina sobre a sexualidade e corpos das mulheres (PASSOS; PEREIRA, 2017).

Diante desse cenário, se colocam as questões: como podemos proporcionar um cuidado a saúde mental integral às mulheres, sem reduzi-las aos papéis sociais e de forma coerente os princípios da atenção básica? Tomando o papel de psicólogas/os de acordo com o modelo de apoio matricial e, assim, abrangendo as dimensões de suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico às equipes de saúde da família, qual seria a contribuição da psicologia nesse cuidado? Como superar o silenciamento e a naturalização imposta a este sofrimento e pensar em recursos terapêuticos?

Uma estratégia bastante utilizada para abordar a questão da opressão de gênero é o dispositivo grupal. Por meio de grupos de mulheres, em diferentes serviços de saúde ou assistência, promove-se o compartilhamento de dificuldades semelhantes (TONICELLI, 2018), o reconhecimento e a desnaturalização de situações de violência e, ainda, que seja construída rede de apoio social (PEDROSA; ZANELLO, 2017).

Destaco, então, as particularidades da atenção primária em saúde, tanto por ser meu campo de atuação, quanto por ser um local de cuidado integral e longitudinal às demandas da população, com grande presença do público feminino. A respeito desse ponto do sistema de saúde, Tonicelli (2018) enfatiza a qualificação do acolhimento e da escuta oferecida pelos profissionais; o fortalecimento do trabalho em equipe, com destaque para o papel dos/as agentes comunitários/as de saúde; a notificação de casos de violência, com o intuito de criar dados epidemiológicos para embasar políticas públicas; além de ações articuladas com a rede intersetorial.

Dentre os pontos citados, ressalto o papel da escuta como dispositivo terapêutico para o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, Onocko Campos (2009) aborda leituras e intervenções de base psicanalítica, como recurso alternativo para evitar uma medicalização crônica das queixas apresentadas. Para tanto, são apresentados e discutidos alguns exemplos clínicos, nos quais se sobressai que a intervenção se dá no momento da queixa, com o objetivo de se organizar uma demanda a partir dos sintomas e promover responsabilização. Tratam-se de intervenções, em geral, breves ou pontuais, que servem como apoios ou “andaimes”, que contribuem para cessar ciclos de repetição de sintomas intergeracionais e implicar os sujeitos em suas histórias de vida.

Trago, ainda, um paralelo entre uma perspectiva da “feminilidade”, na psicanálise e da escuta enquanto recurso terapêutico. Birman (1999, citado em KODA, 2011; ALONSO, 2002) apresenta uma concepção positiva de feminilidade, no sentido de que não se estrutura a partir

da falta de algo. Saindo da lógica fálica, de negação da finitude e imperfeição da condição humana, surge a possibilidade de se aproximar da meta analítica, bem como de uma sublimação vista pelo viés do desejo, do reconhecimento da alteridade e da criação. Porém, é claro, sem atrelarmos tal feminilidade necessariamente como ideal ou característica restrita às mulheres.

No entanto, os trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde estão preparados para acolher e se atentar às singularidades da escuta à população feminina? Souza e Silveira (2019), por meio de entrevistas com profissionais de formação universitária (da medicina, enfermagem, assistência social e psicologia) de serviços da atenção primária, investigam a percepção a respeito da escuta como recurso terapêutico no cuidado à mulher. Descrevem e discutem o entendimento dos participantes sobre o papel da escuta, enquanto espaço de acolhimento, que contribui para o vínculo e confiança, com ênfase no papel da empatia. Tais fatores propiciariam a compreensão das necessidades de saúde a partir das queixas trazidas, construindo uma conduta terapêutica mais resolutiva.

Por outro lado, Souza e Silveira (2019) pontuam alguns impasses na fala dos entrevistados. Em primeiro lugar, reconhecem a necessidade de tempo para realizar uma escuta adequada, tendo como entrave a alta demanda de trabalho nos serviços. Além disso, não a consideram como uma intervenção, sendo esta perspectiva contraposta pelas autoras, que a reconhecem enquanto tecnologia leve do cuidado. Enfim, são reconhecidas algumas singularidades na escuta de mulheres, como a violência de gênero e papéis sociais femininos, os quais acarretam uma sobrecarga e uma maior propensão a cuidar de outros do que de si. Porém, os participantes não chegam à compreensão de como isso gera efeito na saúde dessa população, de forma que as autoras propõem que o tema seja abordado na formação e educação permanente.

Ademais, quanto ao trabalho em saúde, aponto dois fatores que tornam complexa a oferta de cuidado, os quais serão desenvolvidos ao longo do texto: por um lado, a visão do cuidado enquanto trabalho feminino e, por outro, as opressões a que as próprias trabalhadoras mulheres estão submetidas, principalmente quando se trata de postos menos valorizados ou precarizados. Sobre este último ponto, cito como exemplo a pesquisa de Passos (2017), que trata da subalternidade do trabalho de mulheres negras cuidadoras de residências terapêuticas, mesmo dentro de um serviço da rede de atenção psicossocial.

Até aqui, foram revisados diversas perspectivas e aspectos relevantes sobre o tema, com destaque para os efeitos dos papéis sociais e opressões gênero na saúde mental e subjetividade de mulheres. Entretanto, ainda parece incipiente a discussão de como a dinâmica institucional dos serviços de saúde podem (ou não) contribuir para uma atenção psicossocial que acolha as

diferentes formas de *ser mulher*. Passemos, portanto, às propostas de contribuição do presente trabalho.



## 2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Proponho um enfoque clínico e institucional para analisar cenas de minha experiência relativa ao cuidado em saúde mental de mulheres na atenção básica - incluindo meu contato com usuárias e trabalho em equipe na unidade. Dessa forma, a questão central do trabalho se traduz em: **de que modo a forma em que se dá o cuidado a essas mulheres reflete a visão sobre as mulheres na nossa sociedade?** Quanto aos/às trabalhadoras da equipe, é proposto um olhar abrangente dentre os diferentes percursos formativos e profissionais. Como em Moura (2003), trarei nesta seção os conceitos que servirão de balizas das reflexões sobre a experiência prática, do cotidiano dos serviços. Além disso, enfatizo que as próprias reflexões, realizadas desde o início da formulação do trabalho, em julho deste ano, serviram como propulsoras de minha atuação no serviço.

Quanto ao enquadre dessa investigação, retomando um aspecto de minha análise de implicação, destaco que estou inserida no serviço da rede de saúde enquanto psicóloga residente e, por isso, não se trata de uma análise ou supervisão institucional. Em outras palavras, meu serviço não foi requisitado pelo estabelecimento e eu não irei fornecer uma devolutiva explícita sobre a dinâmica institucional à equipe (além da apresentação do trabalho em si). Diante disso, faço uma ressalva trazendo o ponto de vista de Bleger (1984), que postula que o trabalho de um psicólogo em uma instituição é diferente do psicólogo institucional, uma vez que o segundo requer certa independência profissional, para poder inferir a tarefa a partir de um estudo diagnóstico.

Entretanto, defendo que isso não impede a aplicação dos conceitos e discussões de uma perspectiva institucional, para direcionar um trabalho dentro de uma instituição. Destaco, assim, que meu propósito é refletir sobre possíveis leituras institucionais, em interface com a clínica, que me auxiliem a compreender e intervir nas relações entre trabalhadores/as da equipe entre si e com a população atendida. Tomo por base de que esta tarefa me compete tanto enquanto residente, quanto como profissional de saúde mental integrante de uma equipe, na lógica de apoio matricial<sup>5</sup> (nas vertentes de suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico às equipes de saúde da família, BRASIL, 2014).

Trata-se de um enquadre específico, com consequências distintas para a análise e intervenção, uma vez que integro a equipe e faço parte do jogo de relações. Um lugar de fala

---

<sup>5</sup> Embora o campo em que estou inserida não seja um Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF, desde o início do ano, os residentes de saúde mental lá alocados têm se aproximado das discussões desse modelo, principalmente por entender que ele promove uma ampliação das funções e alcance do papel do psicólogo na atenção básica em saúde (BRASIL, 2014; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

(RIBEIRO, 2019) bastante específico, lembrando ainda os grupos sociais aos quais pertencem. Não obstante, mantém-se a relevância e o papel na busca pelo objetivo geral dos estabelecimentos de saúde e saúde mental: promover cuidado à população.

No tocante ao referencial teórico utilizado para embasar as reflexões, trago aqui conceitos da psicanálise, da análise institucional e da psicoterapia institucional, com o intuito de contextualizar e dar início às reflexões. Bleger (1984) defende que se leve em conta os fatores psicológicos em jogo na instituição. Para o autor, o objetivo da psicologia institucional seria a busca pelo maior grau de dinâmica, sendo este caracterizado como o reconhecimento dos conflitos, de forma explícita, e o direcionamento para soluções. Dessa forma, se combateria a perpetuação de estereótipos: repetições que servem como defesas institucionais contra conflitos e/ou resistência a mudanças.

Quanto ao conceito de instituição, Moura (2003)<sup>6</sup> aponta para uma polissemia e confusões sobre o termo. Do ponto de vista da corrente da análise institucional, de autores como Lourau e Lapassade, haveria uma tensão constante entre o instituído (norma universal vigente), e o instituinte (que nega o universal a partir da particularidade), compondo processos de institucionalização ou singularização. Enquanto isso, na perspectiva da psicoterapia institucional, Michaud (1977 *apud* MOURA, 2003) caracteriza a instituição como: "estrutura elaborada pela coletividade tendendo a manter sua existência através do asseguramento do funcionamento de uma troca social de qualquer natureza que seja" (p. 33). Esta autora enfatiza a função das instituições como mediadoras da relação entre indivíduo e sociedade. É na tessitura institucional, portanto, que se pode promover desalienação, por meio de *espaços do dizer*, onde emergem desejos e transferências (DELION, 1998 *apud* MOURA, 2003).

A instituição se diferencia do estabelecimento e sua organização. Estabelecimento se refere a um espaço concreto, com endereço físico, objetivos e normas de funcionamento, como um equipamento de saúde mental (MOURA, 2003). Nesse sentido, uma vez que os equipamentos são criados para dar conta de encomendas sociais, deve haver um certo aspecto organizativo, que coloca uma ordem e um enquadre necessário ao trabalho, mas que pode chegar a se burocratizar. Cria-se, assim, uma tensão constante entre rotinas e ordens pré-estabelecidas e a singularidade das demandas.

Para Michaud (1977 *apud* MOURA, 2004), é tarefa dos profissionais de saúde mental criar instituições flexíveis e trabalhá-las, para impedir que se caia na inércia ("movimento

---

<sup>6</sup> Além da leitura desse livro, foram consultadas duas dissertações de mestrado que tomam Moura (2003) como referencial, que auxiliaram no processo de compreensão e reflexão sobre o texto, a saber: Borges (2009) e Condack (2009).

inerente a qualquer instituição, e que a leva a se *estabelecer*", p. 39). Para tal, deve-se investir na plasticidade deste aspecto organizativo, para que se adapte às demandas e configurações grupais. Ou seja, o ponto central é que se adeque dinamicamente à função ao qual o estabelecimento se propõe, por meio de análise coletiva, com todos os envolvidos no processo (incluindo aqueles que cuidam e que são cuidados).

Para a psicoterapia institucional, portanto, o foco da intervenção seria o contexto de tratamento: chamado de "técnica de ambiência" (MOURA, 2003). O objetivo principal é construir um ambiente favorável para que aconteçam encontros e acontecimentos inesperados entre os atores que compõem as instituições. Retomando o aspecto desalienante (em potencial) da tessitura institucional, tais encontros contribuiriam para uma multiplicidade de relações transferenciais e mudanças nas estruturas hierárquicas de poder que perpassam os estabelecimentos. Fazendo um paralelo com outros referenciais teóricos, tal proposta de intervenção parece coerente com o reconhecimento e a pluralidade dos lugares de fala (RIBEIRO, 2019).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo como pano de fundo os conceitos da psicologia institucional e as diferentes perspectivas sobre saúde mental de mulheres, a seguir, são analisadas cenas da experiência cotidiana. São discutidos três entraves quanto ao cuidado a esta população, seguidos de uma possível saída para estes, pensando em um papel de apoio matricial que profissionais da psicologia poder ofertar às equipes de saúde da família.

#### 3.1 Entraves

##### 3.1.1 Encaminhamentos para atendimento com psicólogo/a, em lógica ambulatorial

No início de minha inserção no serviço, antes da pandemia, era bastante comum que os casos fossem encaminhados para atendimento individual com um profissional da psicologia, sem uma discussão com outros membros da equipe e/ou levantamento de outras possíveis estratégias de cuidado. Cito aqui um exemplo, com trecho retirado de anotações pessoais:

*Chego ao Centro de Saúde e, no corredor em frente à cozinha (área restrita aos funcionários), a enfermeira me vê e começa a passar um caso. Conta que uma mulher, Maria<sup>7</sup>, chegou chorando ao acolhimento, pedindo ajuda, pois, na semana anterior, havia sofrido uma agressão física do marido. A profissional relata - num tom cansado - que ficou mais de uma hora a ouvindo chorar. Então, pediu que eu a atendesse. Busco conversar com a Agente Comunitária de Saúde-ACS responsável pela área, a qual conta que Maria sofre agressões do marido há anos, porém sempre foi muito fechada. Quando tenta fazer visitas, mesmo para cadastro ou atividades cotidianas do Centro de Saúde, Maria se nega a atender. Em alguns momentos, quando os conflitos pioram, busca acolhimento, mas, em seguida, “some” novamente. Já foi encaminhada para o CEAMO (Centro de Referência e Apoio à Mulher), mas não chegou a ir. Além disso, faz uso de medicações psicotrópicas (ansiolítico, antidepressivo e hipnótico), já há algum tempo sem uma reavaliação. Combinamos uma Visita Domiciliar (VD) para aquela tarde, uma vez que o marido (autor de violência) havia deixado a casa.*

*Após algumas semanas de acompanhamento, incluindo VDs e atendimentos presenciais e por telefone e um encaminhamento ao CEAMO, já durante a pandemia, proponho uma discussão com os profissionais envolvidos: enfermeira que encaminhou o caso, médico de família, ACS, além de mim. Nesse momento, é formulado um Projeto*

---

<sup>7</sup> Todos os nomes mencionados nos casos são fictícios.

*Terapêutico Singular-PTS para o caso de Maria, que incluía reavaliação periódica da medicação, aproximação da ACS da família, acompanhamento com psicóloga e articulação com outros serviços da rede que a atendiam (especialidades de saúde e CEAMO). Entretanto, quando o marido de Maria volta à casa e retoma o relacionamento, ela se afasta do CS e para de atender às nossas ligações.*

Uma possível leitura do caso se relaciona a uma dependência ou necessidade de Maria em ter apoio de outra pessoa. Por isso, quando seu marido sai de casa (após episódio de agressão presenciado por vizinhos e registro de boletim de ocorrência), ela busca ajuda externa, tanto do serviço de saúde, como de sua mãe. Isso se daria por uma tendência feminina à libido narcísica e por uma necessidade de ser amada (em contraposição a amar, como na libido objetal masculina) (FREUD, 1914/2010)? Uma disposição das mulheres de "ser-para-o-outro" (BASAGLIA, 1983 apud ZANELLO, 2018), tanto para cuidar de outros, quanto para ser objeto sexual?

Zanello (2018) defende que há razões históricas e sociais para tal, sendo que isso se associa à maneira em que as mulheres são ensinadas a se relacionar, referente aos já mencionados dispositivos amoroso e materno. Quanto ao dispositivo amoroso, embora Maria dissesse que precisava se sentir amada pelo marido, ela não tinha desejo sexual por ele e, inclusive, este era um dos motivos do conflito. A autora pontua, ainda, que ser amada, para muitas mulheres, não tem a ver com amor-paixão, mas sim com ser escolhida.

Quando o marido retorna à casa e se reconcilia com a esposa, Maria volta a se apoiar nele e, pouco tempo depois, passa a rejeitar as tentativas de aproximação dos profissionais do CS. É possível que, nesse momento, um fator importante seja que ela não consiga lidar com os conflitos que a escolha de ficar com um marido que a agride gera em si. Ou, ainda, que evite falar sobre a relação, com medo de julgamentos. Ademais, o silêncio das mulheres que sofrem violência doméstica pode ser uma estratégia de sobrevivência (PEDROSA; ZANELLO, 2017). Caso façam denúncias, podem ocorrer novas agressões.

Não obstante, a dinâmica dos encaminhamentos da equipe para atendimento individual com profissional da psicologia parece reproduzir essa mesma lógica de silenciamento e, ainda, contribui para esconder e banalizar a violência e o sofrimento de mulheres. Seria um silenciamento temeroso das consequências de se colocar tudo às claras? Uma forma de contornar o mal-estar provocado em nós, no serviço e na relação com a comunidade?

Por um lado, estes encaminhamentos refletem uma lógica ambulatorial de funcionamento de serviços da atenção básica, bem como uma separação entre a "saúde" e "saúde mental".

Nesse sentido, contribui para a individualização de um problema que é social: o da violência contra as mulheres (TONICELLI, 2018). Pode, inclusive, aumentar a culpabilização e reduzir as saídas criativas que as mulheres poderiam dar, com a ajuda de redes de apoio, como, por exemplo, no grupo de mulheres descrito em Pedrosa e Zanello (2017)<sup>8</sup>.

Por outra perspectiva, parece contribuir para um movimento da equipe de evitar entrar em contato com a angústia que o caso provoca (ONOCKO CAMPOS, 2005), mais especificamente, aqui, com a violência e o sofrimento das mulheres. A ACS citada nesse caso chega a me dizer que se sente bastante cansada após as visitas domiciliares que fazemos à usuária. Em outra ocasião, após falar por telefone com Maria, me diz que "prefere não aprofundar muito" quando as pessoas de seu território de referência começam a dizer do que sofrem. Talvez num sentido similar, outras pessoas da equipe do serviço preferem "não tomar lados" nos conflitos familiares, pois todos são pacientes atendidos no serviço. Tendo visão bastante pertinente com a lógica de cuidado da estratégia de saúde da família, a ACS indicou a possibilidade de oferta de atendimentos de saúde ao esposo de Maria.

Ao pensar no papel de diferentes profissionais no cuidado dos casos "de saúde mental" (modo que a equipe do CS se refere a tais usuárias), sigo com alguns questionamentos: estariam essas trabalhadoras, sem formação específica em saúde mental, aptas a escutar e lidar com o sofrimento dessas mulheres? Proponho, então, uma leitura institucional.

A respeito do nível organizacional de um estabelecimento, Moura (2003) aponta que, em geral, há uma estruturação hierárquica em nível vertical, com diferenças de poder em camadas ou postos de trabalho. Em equipamentos de saúde mental isso se refletiria tipicamente em uma pirâmide em que profissionais médicos e da alta administração (nível estratégico) teriam um saber-poder mais valorizado, seguido de outros técnicos e da gerência em nível intermediário (nível tático) e, então, do restante dos profissionais (nível operacional). Dessa forma, refletindo uma clássica divisão social do trabalho (entre o saber e o fazer), os profissionais de nível médio teriam pouco espaço para expor o que sentem, participar das discussões e decisões com seus saberes e singularidade. Os pacientes ficariam ainda mais abaixo, seguindo apenas o que é prescrito, com o menor nível de autonomia.

Ainda de acordo com Moura (2003), a ruptura dos sistemas asilares tradicionais trouxe como conquista o surgimento do desejo e expressão na fala. Em contraposição, uma fixação e

---

<sup>8</sup> Devido ao contexto de pandemia, grupos e espaços coletivos foram suspensos. Foram feitas algumas tentativas para propor um grupo online para mulheres, mas não se encontrou parcerias para construir este espaço, talvez devido à pouca disponibilidade de tempo, diante das escalas para atendimento da pandemia, ou mesmo do estresse gerado pelas condições de trabalho.

tais postos da organização impede que o desejo apareça ou, então, que se explicita (podendo aparecer em atuações). Propõe-se, portanto, uma democracia, em que as singularidades sejam levadas em conta. Para tal, indica-se a necessidade de uma multiplicidade de pessoas e espaços de encontro dentro dos estabelecimentos (a técnica de ambiência, já comentada), permitindo que profissionais de cuidado e pacientes tenham papéis mais fluidos, menos estereotipados.

Dessa forma, conclui-se que, para se aproximar do objetivo de cuidado em saúde mental, seria importante aumentar a diversidade das formas de contato e de encontro entre trabalhadores e população atendida, bem como a possibilidade de se incluir na discussão dos casos os diferentes saberes e perspectivas dos profissionais e usuários. Durante a pandemia, a multiplicidade dos encontros foi rompida de forma bastante brusca, sendo que das visitas domiciliares, grupos, acolhimentos, espaços no território etc., passou a realizar-se apenas triagens e consultas. A visão da ACS ou da enfermeira seria a mesma, se fosse possível estar presente em grupo de mulheres com a participação de Maria e outras vítimas de violência doméstica? No entanto, são suficientes as reuniões de equipe, em que são discutidos os casos e pensadas intervenções?

Como contraposição a este primeiro ponto de vista, exponho o estudo de Passos (2017), que traz uma discussão sobre o trabalho de cuidadoras negras dentro dos estabelecimentos de saúde mental durante a história brasileira. Com um recorte racial, a autora destaca a invisibilização e subalternidade do trabalho dessas profissionais, desde os hospícios do século XIX (trabalho de mulheres negras escravizadas e livres) aos serviços residenciais terapêuticos, supostamente na lógica da atenção psicossocial. Realizando trabalhos domésticos e cuidados aos pacientes, essas profissionais têm uma função essencial no processo de aquisição de autonomia dos moradores, por meio de uma "dosagem" de quanto cuidado deve ser oferecido para propiciar uma emancipação política e maior inserção na comunidade. Entretanto, não há qualquer formação sobre tal questão: "pelo contrário, um dos argumentos é que essas trabalhadoras possuem um "saber não técnico", ou melhor, um "saber leigo". (p. 87). Como consequência, as cuidadoras acabam utilizando os recursos que já conhecem, por exemplo, ligados à maternidade, como se houvesse uma "essência feminina" para o cuidado.

Portanto, embora haja uma proposta de que haja contribuições de diferentes saberes e fazeres nos equipamentos de saúde e saúde mental, sem o amparo adequado, isso pode se traduzir em precarização do trabalho e reforço a relações de poder já existentes. Em perspectiva consonante, Onocko Campos (2005) pontua que trabalhadores de saúde com menor grau de formação técnica podem estar mais vulneráveis a sofrer de uma angústia de "nada saber", aumentando a tendência à burocratização e à perpetuação da centralização do poder médico.

Nesse sentido, a autora defende que os conhecimentos técnicos podem promover saúde tanto para usuários, quanto para trabalhadores - uma vez que pode aumentar o grau de tolerância para enfrentar os desafios do trabalho. Não obstante, coloca-se uma ressalva: a depender do funcionamento de um equipamento e dos processos de subjetivação que o permeiam, este domínio técnico pode favorecer processos criativos e que acolham a diversidade, ou funcionar como defesa contra o que nos ameaça no contato com o outro. Durante o trabalho, tento abordar uma perspectiva que contribua para o primeiro caso.

Tendo tais perspectivas em vista, retomo o questionamento: estariam as profissionais da atenção básica, sem formação específica em saúde mental, aptas a lidar com o sofrimento dessas mulheres? Um sofrimento que pode despertar tantas coisas em quem o escuta? Proponho que é nosso papel, enquanto profissionais com formação técnica neste campo, dar um suporte em lógica matricial, nos disponibilizando a ouvir, fazer junto, pensar sobre o que esses atendimentos produzem nos/as trabalhadores/as. Ou seja, criar espaços de reserva para que possam suportar essa escuta.

### **3.1.2 Mulheres como mães e cuidadoras nos casos de saúde mental**

Principalmente após a retomada das reuniões presenciais, já em contexto de pandemia, comecei a notar que em muitos casos discutidos pelas equipes de saúde da família, as mães ou outras cuidadoras aparecem como aquelas que buscam cuidado para familiares. Mais do que isso, é bastante evidente como os e as profissionais da equipe aceitam e validam essa encomenda. Para exemplificar, ao conferir a lista de casos que acompanho no serviço neste ano, percebo que há uma distribuição de casos em três grupos: mulheres (que, em muitos casos, sofrem por cuidar dos outros e não conseguem cuidar de si), crianças/ adolescentes e homens - para os quais a busca de cuidados se deu por meio de mãe ou outra figura feminina que desempenha função de cuidado.

Esse quadro é coerente com a pontuação de Tonicelli (2018), segundo a qual a presença feminina nos serviços se dá, muitas vezes, mais pelo cuidado dos outros do que de si mesma. Percebe-se, ainda, que as mulheres são valorizadas e validadas enquanto cuidadoras, reforçando este papel social dito "feminino" (ZANELLO, 2018; KEHL, 1998) na interface com o serviço de saúde. Há, portanto, uma reprodução de um valor social pela equipe. As mulheres ganham um lugar de reconhecimento no Centro de Saúde, mas apenas enquanto mães e, portanto, não em sua integralidade.

Para ilustrar e discutir tal constatação, exponho duas cenas da experiência cotidiana.



*Em reunião de equipe, uma enfermeira comenta que, durante trajeto até uma VD, acabou vendo Neto na rua e ele estava alcoolizado. Outros profissionais comentam que ouviram boatos de que o rapaz, quando alcoolizado, tem "causado brigas" no território - conflitos com pessoas importantes do mundo do crime e que, por isso, ele provavelmente acabará sendo assassinado. Dizem que já foram propostas várias intervenções pela equipe, inclusive articulada uma internação em comunidade terapêutica por seu pedido, mas que ele desistiu no dia anterior. Então, a maior parte da equipe conjectura e defende que a família deveria buscar uma internação compulsória para Neto. Quando questiono a eficácia de uma intervenção à revelia, muitas vezes praticada de formas explicitamente violentas, a resposta de duas ACS é bastante enfática: "se coloca no lugar da família", "a mãe está desesperada", "se fosse com meu filho, ou alguém da minha família, eu faria isso".*

*Algumas semanas depois, a ACS de referência da família vem até mim pedir para que eu "arrume uma vaga na agenda" para Meire, mãe de Neto. Me leva à casa para uma visita domiciliar, mas acaba me deixando lá "para falar com ela com mais privacidade". Esta VD, com o intuito de cuidar de uma mãe que sofre de preocupações por um filho que não quer se cuidar acaba produzindo efeitos inesperados: Neto vem até mim, se apresenta e diz que "bebe porque tem depressão". Pensando num cuidado familiar, levo o caso para discussão novamente em reunião de equipe.*

Nessa situação, é bastante evidente a identificação de parte da equipe com o papel materno ou de cuidadora. Ademais, parece haver a reprodução de um cuidado que proporciona pouca autonomia para o paciente. Uma mãe que não dá espaço - talvez diante de tantas frustrações que tal "liberdade" dada aos filhos já provocou. Levanto a hipótese dessa ação autoritária ser uma defesa ante o fracasso, tanto da própria mãe, quanto das profissionais, que vivem constantemente com casos "de saúde mental" crônicos, que se perduram por anos na inconstância de períodos de melhora e piora.

Como apresenta Figueiredo (2007), ao discorrer sobre uma metapsicologia do cuidado, essas ações correspondem a uma dimensão de presença implicada, comprometida e atuante, mas que - em minha visão - se excede. Um cuidado que sufoca, passa a um certo domínio e que não permite a autonomia do sujeito, ideal tão buscado pela reforma psiquiátrica brasileira. De forma interessante, essa dimensão parece ultrapassar e se contrapor ao papel materno-passivo-infantil esperado das mulheres.

Segundo a perspectiva de Figueiredo (2007), para que seja possível aceitar a segunda dimensão do cuidado, a presença reservada, é necessário que o cuidador renuncie a sua onipotência e fantasias maníacas e, então, reconheça seus limites e permita-se ser cuidado. Isso é relevante justamente por deixar um espaço livre para que apareça o movimento e a criação de quem é cuidado (FIGUEIREDO, 2007). Com base nesse autor, Miranda e Onocko Campos (2013) enfatizam o posicionamento paradoxal do terapeuta, numa tensão constante entre presença implicada - acolhimento, suporte e ofertas; e reserva - discricção, ausência de censura e controles conscientes, além da reserva de si (que será explicada mais adiante no trabalho).

Consonante com essa perspectiva, Miranda e Onocko Campos (2014) defendem que o papel dos serviços de saúde é “acompanhar sujeitos na sua produção de saúde” (p. 66). Com isso, ressaltam o protagonismo do sujeito, da própria pessoa a quem o cuidado é direcionamento, nas funções de dar sentido a sua condição de saúde e doença e a seu tratamento. Assim, um cuidado “suficientemente bom” seria aquele “na medida” da necessidade e do ritmo do sujeito, sendo preciso ter certa delicadeza para se entender tal ritmo. Mesmo informações e procedimento terapêuticos, que certamente são de direito de todos, não devem ser impostos, de forma a distanciar os/as pacientes de seu sofrimento (ou do sofrimento dos profissionais).

Tal referencial teórico sobre o papel do terapeuta aborda o mesmo tema que Passos (2017) aponta como questão central do trabalho das cuidadoras de serviços residenciais terapêuticos: “dosar” quanto cuidado deve-se oferecer para promover maior autonomia. É interessante destacar que este pode ser um tema para apoio matricial à equipe, na discussão dos casos e da função do serviço de saúde. Então, surgem questionamentos: o que pode favorecer que esse cuidado “na medida” possa ser realizado? E o que contribui para os excessos de presença ou de reserva?

Antes de seguir na discussão, passemos a outra cena que ilustra a alusão às mães nas discussões de casos na equipe:

*Em outra reunião de equipe, uma profissional relata que uma mulher, Rita, buscou atendimento para seu filho, por suspeitar que este teria comportamentos como dificuldade de atenção e agitação. A equipe relata do que já conhece o contexto familiar (e da própria mulher/ mãe). São enfatizados os exageros que ela traz em seu discurso - inclusive nos atendimentos relativos à própria saúde, nos quais os profissionais declaram certa dificuldade de manejo. Levanta-se a hipótese de que a relação conflituosa com o ex-marido e a forma como isso impacta na função materna poderiam ser produtores de*

*sintomas nos filhos. Combino que entrarei em contato com ela para investigar a demanda.*

Nesse caso, diferente da cena anterior, os profissionais da equipe enfatizam uma possível "falha" no papel materno e de esposa, sendo este interpretado como desequilíbrio na mulher e produtor de sintoma nos filhos. Retomando Zanello (2014, 2018), aquilo que choca com os ideais de gênero dos profissionais de saúde é interpretado como sintoma, sendo que, neste caso, entra-se em contradição tanto com o dispositivo materno, como amoroso. É importante pontuar que, de fato, questões de saúde mental nas pessoas que desempenham papel de cuidado a outros podem prejudicar o desenvolvimento de crianças. Porém, ao invés de promover apoios para que Rita tivesse melhores condições em desempenhar este papel, na reunião, foram apenas comentados julgamentos pessoais e as dificuldades de manejo dos atendimentos.

Uma contraposição a esta tendência poderia ser, como descreve Onocko-Campos (2009), pensar em intervenções preventivas com o objetivo de promover o fortalecimento de laços familiares e culturais. A ideia central trazida neste estudo é de que os serviços se adaptem às mulheres e aos contextos familiares, ao invés de exigir que as usuárias se adaptem ao serviço - questão bastante importante, que guiará a reflexão apresentada aqui. Não obstante, a equipe está conseguindo compreender a demanda que subjaz as buscas e o modo de se relacionar de Rita?

Além de citar intervenções, Onocko-Campos (2009) também apresenta a tese de que cuidar dos outros, para muitas mulheres, é uma estratégia de sobrevivência. Talvez em sentido semelhante, Kristeva (1987/1989) descreve um caso de melancolia em que ser mãe e se preocupar com os problemas do cuidado da filha encobre os sintomas depressivos. Ou seja, a relação de cuidado evita entrar em contato com um sofrimento prévio, oculta e omite temporariamente o vazio sentido e um luto impossível de uma "coisa" que é o pré-objeto materno, ao preço de uma transmissão transgeracional de um sintoma que nunca é elaborado. Este poderia, inclusive, ser um dos fatores que contribui para o excesso da função de cuidado da presença implicada. Pensando em nosso papel enquanto profissionais de saúde/ saúde mental, não seria nossa função contribuir para tal elaboração? Por meio de quais dispositivos?

Outro questionamento que surge é se este é um sintoma essencialmente feminino. Kristeva (1987/1989) aponta como possível traço da sexualidade feminina uma incorporação à "Coisa materna", além de maior dificuldade de separação entre iguais na relação mãe-filha, exigindo maior capacidade de elaboração. Considero que não é "por acaso" a enorme frequência com que tenho ouvido nos atendimentos a mulheres de uma sobrecarga de cuidados com filhos e outras pessoas da família, acrescida, muitas vezes, da necessidade do sustento da família.

Não obstante, de modo a ampliar a discussão, retomo aqui o ponto de vista de Kehl (1998) sobre a restrição de possibilidades de identificação, gratificação libidinal e sublimação das mulheres em nossa sociedade, com reflexos na teoria psicanalítica. Seguindo esse pensamento, os sintomas e a exacerbação dos cuidados maternos poderiam ser produzidos pela própria falta de perspectivas para ser reconhecida e validada (neste caso, inclusive em serviços de saúde) e a dificuldade de lidar com o papel materno-passivo-infantil que é imposto e cobrado das mulheres. Ainda contribuindo para isso, estaria a própria tendência de silenciar o erotismo, desejo e gozo feminino, colocado como oposto da maternidade (KODA, 2011). Contestando o papel passivo esperado, o desejo surge e se coloca contra a alienação política e subjetiva e, inclusive, reclama a capacidade de falar por si e deixar de ser objeto do olhar e do saber do outro.

Passando às perspectivas de análise da dimensão institucional de tal questão, trago uma passagem de Enriquez (1988/1991), na qual ele afirma que "as verdadeiras questões raramente são abordadas, pois se o fossem, poderiam surgir conflitos específicos que questionariam a segurança e a identidade de cada um" (p. 91). O que exatamente está em jogo nessas duas cenas de discussão de caso? Sugiro, como hipótese, que estão em jogo os sentimentos que a identificação com o papel materno nos provocam e, principalmente, nas profissionais da equipe. Sentimentos que geram sobre implicação nos casos em que a mulher em questão se adapta a tal papel, e distanciamento, nos casos em que se diverge.

Dessa forma, a instituição parece servir à perpetuação de uma troca social em que mulheres são validadas enquanto cuidadoras. Talvez, enfatizando os aspectos mais organizativos e burocráticos do estabelecimento (novamente, encaminhar para atendimentos individuais, sem se questionar a encomenda), distancia-se da função da instituição de cuidar das mulheres. Ao não se reconhecer as verdadeiras demandas das usuárias e não se flexibilizar diante de suas singularidades (valores defendidos pela psicoterapia institucional), parece promover a repetição de uma lógica de funcionamento e uma adaptação aos ideais sociais.

Com tal hipótese, começo a refletir sobre os fatores psicológicos em curso no estabelecimento, para tentar esclarecer as estereotípias no jogo de relações (BLEGER, 1984). Assim como Onocko Campos (2005), parto da premissa de que trabalhadores de saúde também são movidos por reações inconscientes e que há sintomas decorrentes da própria realidade do trabalho, do contato com o sofrimento - os quais serão aprofundados na próxima seção.

O principal desafio, após essa leitura sobre os casos e o movimento institucional, é como motivar reflexões sem se colocar em posição de supervisora e/ou detentora da verdade. Reconhecer que meu papel é de parceria e trabalho conjunto, mas - ao mesmo tempo - contribuir

para um processo de desalienação de profissionais e usuárias. Nesse caso, uma desalienação e uma contribuição a uma prática de cuidado mais abrangente (às diferentes formas de ser mulher) pode ter a ver com um movimento de desidentificação ao papel social feminino. A proposta de “trabalhar a instituição”, que será aprofundada nas seções seguintes, almeja contribuir para que apareçam e se expressem as perspectivas, os sentimentos e desejos dessas diferentes mulheres - usuárias e trabalhadoras - e, por meio de uma escuta apoiada, e mais atenta a si e ao outro, contribuir para que seja ofertado um cuidado mais abrangente à diversidade de ser mulher.

Voltando às cenas apresentadas, aceitei inicialmente as duas encomendas que me foram destinadas: fui conversar com a mãe e atendi a criança. Me sentei e ouvi o que essas mulheres tinham a dizer. Pensei no caso, elaborei e levei novamente à discussão. No primeiro caso, expus o incômodo do filho ao ver uma psicóloga indo conversar com a mãe e indo se justificar comigo de que “bebia porque tinha depressão” e dizendo que “já sou adulto, também tenho filhos, sei me cuidar”. A ACS, com expressão surpresa, disse que pensaria sobre possíveis ofertas a ele, diferente das tantas que já haviam sido pensadas. Também, problematizei a quantidade de mulheres com questões semelhantes a essa mãe que temos no território, pontuando que - assim como nós - ela teria que aceitar as diferentes escolhas desse filho.

Já no segundo caso, devolvi à equipe minha avaliação de que a criança parecia ter dificuldades de aprendizagem e poderia ser interessante um encaminhamento a um serviço com foco nessas questões. Além disso, seria importante uma aproximação da mãe, para se problematizar a encomenda do “filho-problema”. No entanto, não tem sido um trabalho fácil, diante das faltas e das tentativas da mãe de controlar o espaço de atendimento do filho, bem como sua ausência nos atendimentos de devolutiva.

### **3.1.3 Os impactos subjetivos da escuta nas profissionais de saúde**

Nas seções anteriores, aparecem intersecções da ideia de cuidado como trabalho feminino, uma possível dificuldade de lidar com diferentes tipos de sofrimento de mulheres, e os encaminhamentos na assistência dessas usuárias. A seguir, tentarei aprofundar o que tais pontos insinuam a respeito das relações institucionais entre as trabalhadoras e da relação profissionais-usuárias. Para tal, irei utilizar o conceito de alienação, tendo como pano de fundo referenciais da psicoterapia institucional.

Com base em Oury e outros autores, Moura (2003) indica que há uma alienação presente na constituição da subjetividade de todas as pessoas. Isso porque, quando nascemos, estamos em relação de profunda dependência com nosso/a cuidador/a principal e ainda não sabemos diferenciar o que seria "eu" do que seria "outro". Ao longo do desenvolvimento, por meio do

processo de singularização de nosso desejo, nos tornamos capazes de discriminar eu-não eu, constituindo uma alienação de caráter ôntico. Entretanto, tal separação nunca se dá completamente, o que Bleger (1971/1991) descreve como um movimento entre sociabilidade sincrética (indiscriminada) e de interação. A alienação em termos psicopatológicos pode ser interpretada como uma dificuldade (ou um jeito bastante singular) de efetuar tal separação. Por ser uma operação “fora do padrão”, não é aceita pela sociedade, sendo que aí se dá uma segunda dimensão da alienação, de caráter social. Nas palavras de Moura (2003):

Assim, lançando mão da concepção de Bleger, poderíamos dizer que a dita alienação mental não é propriamente a alienação de um *indivíduo*, de um *sujeito*, mas uma alienação operada pelos grupos e pela sociedade. Estes, fazendo uma *clivagem*, alheiam-se de sua própria sociabilidade sincrética, *condensada* na pessoa do *louco*. (MOURA, 2003, p. 55)

Ou seja, por meio da segregação da pessoa considerada louca, os outros se afastam de uma parte de si que é igual a esta pessoa - distanciam-se das próprias “loucuras”, das suas partes clivadas ou alienadas, de sua sociabilidade sincrética. Dessa forma, o corpo social coloca o “doente mental” como incapaz, objetifica-o e retira qualquer perspectiva de autonomia. Institui-se, portanto, uma cisão entre normal e patológico, entre profissionais e pessoas a serem cuidadas, o que propicia alívio da angústia e do medo de enlouquecer. Além desse aspecto da alienação social, há também a divisão do trabalho, já mencionada na seção anterior, com o processo de hierarquização dos saberes.

Como hipótese de leitura institucional das cenas apresentadas, proponho que, devido a uma identificação com a subjetividade e o sofrimento das mulheres usuárias, há uma tendência das trabalhadoras de afastar de si as partes que se lhe assemelham, efetuando uma clivagem e negando aquilo que rejeitam em si mesmas. Assim, como uma defesa contra essa identificação, burocratizam e/ou encaminham o cuidado.

Esse processo é influenciado pelas formas em que as mulheres expressam seu sofrimento: parece haver maior facilidade da equipe em acolher sintomas de usuárias que se conformam aos papéis sociais femininos (uma mãe preocupada com filhos, ou um sofrimento autopunitivo), do que aquelas que destoam desse papel - por exemplo, com sintomas mais agressivos. No último caso - além de ser uma forma externalizante e, portanto, associada ao gênero masculino segundo Simon (2014) - impõe grande capacidade de suporte e manejo da equipe, para compreender e não tomar apenas como ações de violência direcionadas contra os/as profissionais.

O processo de identificação entre trabalhadores e usuários em equipamentos de saúde e educação também foi abordado por Onocko Campos (2005). Esta autora aponta que, se a população atendida for vista como pobre, desrespeitada e sem valor, há uma tendência da equipe se sentir de modo semelhante, produzindo, ainda, sentimentos de impotência. Isso se relaciona à ideia de que o contato direto com a dor e a pobreza extrema extrapolam nossa capacidade de resistência. Como forma de defesa, os profissionais podem reforçar barreiras se distanciar do sofrimento da população, ou até mesmo tornar-se agressiva.

Quanto a hipótese de identificação das profissionais às usuárias mulheres, considero interessante aprofundar outras variáveis (raça<sup>9</sup> e classe) que perpassam a constituição subjetiva das mulheres. A perspectiva feminista interseccional, empregada por Passos e Pereira (2017), contrapõe-se a uma noção universal de “mulher”, por reconhecer que mulheres em diferentes lugares sociais são atravessadas de modo singular por opressões de uma sociedade patriarcal, racista e capitalista. Um exemplo disso está na análise histórica de que movimentos feministas conquistaram direitos políticos e maior espaço no mercado de trabalho. No entanto, os impactos foram distintos para mulheres negras e/ou pobres - que sempre trabalharam e, ainda hoje, têm menores salários e piores condições de trabalho. Ademais, os papéis de esposa e mãe dócil permanecem no imaginário social, com a adição de padrões como branquitude, ideais estéticos de imposição da magreza, cisgeneridade e heteronormatividade e tantos outros.

Ao olhar para o perfil de usuárias do Centro de Saúde, encontramos a prevalência de mulheres pretas e pardas, além de uma diversidade de classes sociais. As trabalhadoras de saúde, incluindo as diferentes funções existentes no serviço, acompanham tal pluralidade de raça/etnia e classe social. Por outro lado, profissionais “especialistas em saúde mental” - em sua maioria, mulheres - muitas vezes se distanciam das opressões de raça e classe por estarem em lugar de privilégio. Isso se dá por razões históricas e sociais, nas quais se incluem a elitização do acesso a ensino superior<sup>10</sup>. Considero necessário levar isso em conta, por determinar o meu lugar de fala (RIBEIRO, 2019) e atravessar as relações entre profissionais e usuárias.

A respeito de questões específicas da saúde mental de mulheres negras, Lima (2017) cita autores negros para abordar os efeitos das opressões de raça e gênero. Em primeiro lugar,

---

<sup>9</sup> Tomamos aqui por raça não uma diferença biológica, já refutada cientificamente, mas uma ideologia que sustenta sistema de dominação (MUNANGA, 2003 apud GOUVEIA; ZANELLO, 2019).

<sup>10</sup> Embora o núcleo da saúde mental não abranja apenas psicólogos/as, para exemplificar, podemos olhar os dados sobre o perfil de profissionais dessa categoria: em 2014, 90% dos/as profissionais ativos/as eram mulheres e apenas 16,5% eram negros/as (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2016). Felizmente, tal perfil que tem se diversificado nos últimos anos, devido às políticas que promovem a democratização do acesso ao ensino superior (MACEDO et al., 2018).

retoma Munanga (2017 apud LIMA, 2017) para destacar as especificidades do processo de “colonialidade à brasileira”, em que o mito da democracia racial e imperativo da miscigenação colocam obstáculos ao reconhecimento do racismo e suas consequências. Com base em Fanon e Mbembe, destaca, ainda, a experiência de ser jogado em zona de “não-ser”, de ser visto como objeto e sofrer negações e violências. Enfim, com Kilomba (2019), enfatiza o processo traumático vivenciado por pessoas negras em decorrência de ser colocado como “outro” (em relação ao padrão branco) e como detentor dos atributos ruins, reprimidos da branquitude. Então, Lima (2017) defende a importância da tomada de consciência da negritude, da produção de vida e organização em coletivos (irmandades) diante das opressões, além do lugar de protagonismo no enfrentamento ao racismo.

O próprio contato com profissionais de saúde brancos/as tem impactos na relação terapêutica, principalmente quando estes não estão atentos às relações raciais. Nesse sentido, Gouveia e Zanello (2019) entrevistaram mulheres que se autoidentificam como negras e que já passaram por processo psicoterapêutico com profissional branco/a. Como resultados, encontraram um descontentamento das participantes com os serviços, devido à dificuldade dos/as terapeutas de perceber e explorar questões raciais e sofrimentos mentais frutos de racismo. Essa dificuldade ocorreu independentemente da cor do/a terapeuta, apesar de haver uma expectativa prévia de que psicólogos/as brancos/as não dariam conta de abarcar tais questões, enquanto negros/as teriam mais empatia. Foi destacada como fator terapêutico coadjuvante a existência de redes de apoio em que questões raciais são compartilhadas, como família, amigos, grupos religiosos ou de militância.

Ainda neste estudo, Gouveia e Zanello (2019) defendem a relevância da formação de psicólogos/as sobre o tema. Destacam que na aplicação universal de teorias psicológicas perpetra-se violência institucional, sendo identificada enquanto tal pelas entrevistadas. Assinalam: “A expressão ‘isso é humano’ ignora a violência que é o racismo; é como se o sofrimento não tivesse raça, gênero e classe sociais” (GOUVEIA; ZANELLO, 2019, p. 12). A qualificação profissional se daria tanto pelo reconhecimento da não-universalidade de tais teorias, quanto pelo desenvolvimento de empatia. Nesse quesito, haveria uma especificidade quanto à cor dos/as psicólogos/as: enquanto para brancos/as, seria necessário tornar o sofrimento de base racial visível e desenvolver uma consciência da identidade racial da branquitude, para profissionais pretos/as, o trabalho seria de instigar a elaboração de suas próprias questões raciais.

Diante disso, levanto outras hipóteses a respeito das razões e efeitos dos encaminhamentos de casos de sofrimento de mulheres aos/às profissionais de núcleos ligados



à saúde mental. Em primeiro lugar, as trabalhadoras do Centro de Saúde, com condições de vida mais próximas às usuárias, teriam maior identificação e menor suporte para lidar com tal, incluindo desde ferramentas teórico-práticas a recursos terapêuticos pessoais. Quanto à proximidade à realidade das usuárias, inclusive, as agentes comunitárias de saúde são figuras de destaque (e potência) por residirem no território e fazerem a ponte entre o serviço de saúde e a comunidade (BRASIL, 2000). No entanto, esta mesma característica poderia provocar maior vulnerabilidade dessa categoria profissional.

Como já indicado, tal identificação favoreceria um movimento defensivo de segregação/clivagem desse sofrimento. Consequentemente, é reproduzida a lógica presente na sociedade: a individualização das questões sociais, a manutenção dos papéis sociais femininos e a redução da autonomia das pessoas vistas como “doentes mentais”. Nesse sentido, aproveitando a sugestão de Gouveia e Zanello (2019), uma formação sobre o tema poderia envolver um trabalho que instigasse a elaboração das próprias questões subjetivas. Uma intervenção bastante interessante, nesse sentido, é descrita no trabalho de Mesquita (2019), na qual foi promovido um Dia do Orgulho Negro, vinculado a um Centro de Saúde de Campinas, trazendo elementos da cultura dos povos negros, com o intuito de despertar e fortalecer processos de identidade negra positiva.

Por outro lado, deve-se também abordar a formação das próprias técnicas da saúde mental. Como apontado, em muitos casos, tais profissionais se distanciam em diversos aspectos das condições de vida das usuárias e, por esse motivo, podem estar “cegos/as” para os fatores sociais que determinam tais questões. A relação terapêutica pode reproduzir violências e, sem a formação adequada, negligenciar aspectos de extrema importância para a constituição da subjetividade e promoção de saúde mental. Reconhecer-se como ser racializado - compreender a branquitude - pode ser o primeiro passo para olhar para as questões raciais que se colocam entre trabalhadores/as de um mesmo serviço e entre profissionais-usuários/as. Nesse processo, o próprio trabalho em equipe pode ser bastante produtivo, na aproximação da vida nos territórios - retomando a extrema relevância do trabalho dos/as ACS.

Com formação e abertura ao trabalho em equipe, a proposta defendida aqui é que escutar e nomear as questões subjetivas suscitadas nas trabalhadoras pode contribuir para que se provoque uma ruptura na reprodução de uma lógica social e institucional. Dessa forma, desviando de uma simples identificação ao papel social feminino de “cuidadora” e da segregação do que é considerado “doença mental”, pode-se aumentar a capacidade operativa e autonomia das mulheres atendidas, na diversidade de formas singulares de vivenciar gênero.

### **3.2 Potencial saída: Criação de espaços de reserva institucionais/ em parcerias com a equipe**

Após aprofundar, na seção anterior, as questões subjetivas que podem ser suscitadas nas trabalhadoras diante da escuta do sofrimento feminino, proponho aqui uma intervenção institucional. Como será explorado, não se refere a uma capacitação - embora inclua uma ampliação de ferramentas teórico-metodológicas. Ao me atentar para a maior proximidade e identificação dos e das profissionais da atenção básica ao sofrimento da população, coloquei-me a pensar no que eu poderia contribuir - enquanto psicóloga, mas, também, enquanto pessoa mais distante daquela realidade (residente, que está no serviço por um período estabelecido, com menor contato com o território e história de vida bastante diferente). Lembrei-me das supervisões e aulas da residência, do conceito de “espaços de reserva” ao cuidador, enquanto reserva da própria “capacidade psíquica para suportar as turbulências do processo analítico” (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2013, p. 107).

Retomando a perspectiva de Figueiredo (2007) a respeito do posicionamento paradoxal que envolve a atividade de cuidar (“presença implicada-reserva”), um/a cuidador/a “suficientemente bom/boa” também precisa de referências simbólicas para ofertar um cuidado na medida, que dê segurança, mas não sufoque. Entendendo que o trabalho em saúde implica pressões sobre a própria integridade, ligação direta com a dor e a morte, assim como perdas narcísicas advindas de colocar-se em reserva, os cuidadores/ terapeutas precisam de suportes externos (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2013; 2014). A proposta, então, trata de contribuir para que sejam criados espaços de reserva pessoal e institucional, de forma desalienante: acolher e ajudar as profissionais sustentar o cuidado, ao mesmo tempo que se promove uma maior atenção a si e aos outros (como posicionamento ético, MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2014). Então, por meio dessa aposta, propiciar uma maior flexibilização da tessitura institucional.

Como seriam tais espaços? Com base em Figueiredo (2008), Miranda e Onocko Campos (2013) preconizam tanto reservas pessoais (análise pessoal, capacitação técnica e apoios afetivos), como espaços coletivos, incluindo supervisões clínico-institucionais, reuniões de equipe e assembleias. Tais dispositivos coletivos, enquanto momentos com lugar e tempo compartilhados entre profissionais da equipe e usuários, também favorecem a democratização das relações e a qualificação da clínica (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2014). Quanto às supervisões clínico-institucionais, considero bastante evidente de que este papel não cabe a mim, enquanto residente que, de certa forma, integra a equipe. Colocar-se no lugar de

supervisor foge de minhas pretensões e capacidades pessoais, além de inviabilizar um trabalho em parceria, também necessário ao apoio matricial.

Em contrapartida, nas reuniões de equipe, que ocorrem em frequência semanal no serviço, as falas mais comuns a respeito de casos de saúde mental são: "Já fizemos de tudo", "Já tentamos várias intervenções! Nada deu certo". De fato, parece haver um certo cansaço da equipe com os altos e baixos, melhoras e "recaídas" na vida das pessoas atendidas, o que pode ser acentuado pelas condições de trabalho e estresse provocado pela pandemia. Talvez, até um certo esgotamento diante da grande quantidade de residentes que entram por um período, iniciam projetos que consideram inovadores, mas que não se sustentam com suas saídas. Seria esse o narcisismo de morte de que fala Enriquez (1988/1991), que se imobiliza, por uma defesa contra a as tensões da equipe? Assim, recorrem à mesma compulsão pela repetição que os pacientes, defendem-se do novo e dos "novatos", sem dar conta de investir em propostas criativas - as quais, paradoxalmente, os alimentariam troficamente ajudando-os a suportar as agruras do trabalho cotidiano.

De certa forma, como uma tentativa de "adaptar-se" ao movimento institucional do serviço, que rejeita ou esconde o dissenso nos espaços grupais, o modo encontrado de me colocar disponível a um apoio aos profissionais foi nos espaços menores, marginais. Em conversas "no café", no trajeto de uma VD, na sala em um momento de descanso... Momentos em que pergunto, despreziosamente, mas também como colega de trabalho e até como amiga, "como você se sente com esse caso?" Um trabalho de um a um, um suporte afetivo. Não que isso seja fácil. Requer vínculo e confiança, além de me colocar, também, em primeira pessoa, para promover empatia.

Ilustro essa proposta com uma cena, que foi uma experimentação de implementar tal proposta.

*O caso de Amélia aparece em reunião de equipe após um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos de crianças e adolescentes do território solicitar uma discussão com o Centro de Saúde. A ACS expõe que o pedido sucedeu a conflitos que Amélia teve com um dos filhos adolescentes. Poucas pessoas da equipe comentam o caso e, quando pergunto sobre intervenções que já foram tentadas, me dizem para olhar no prontuário. Fica combinado de que algumas profissionais da equipe fariam uma VD, para se aproximarem da usuária. Entretanto, a discussão retorna apenas superficialmente nas reuniões seguintes, sem envolver o serviço de convivência. Pouco tempo depois, é realizada reunião de rede sobre o caso, com serviços da assistência*

*social, saúde e, inclusive, conselho tutelar. Apenas a ACS consegue participar. Consulto o prontuário de Amélia para entender seu histórico e as intervenções já realizadas, mas encontro poucas informações (uso de medicação, tratamento de condição crônica em serviços de especialidade, tentativa de encaminhamento ao CAPS...).*

*Estranhando a falta de dados e, principalmente, a reação da equipe diante do caso (que costuma ser mais propositiva), vou conversar com a ACS. Ela comenta que tem uma relação distante com Amélia, pois percebeu que tem uma visão negativa sobre ela e, para evitar prejudicá-la, prefere se afastar. Considera que a usuária faz uso de uma posição de “vítima” para conseguir coisas nos serviços, não conseguindo sair dessa posição. De fato, Amélia havia sofrido violência sexual, além de ter perdido muitos familiares próximos. Comento que a paciente, provavelmente, provoca sentimentos semelhantes em outros profissionais e que é importante que ela esteja atenta a isso (pensando na noção de contratransferência<sup>11</sup>). A ACS também fala do conflito que uma antiga funcionária teve com o caso, e que isso acabou distanciando ainda mais a usuária do serviço. Pontua que sempre reforçou que a equipe tinha que olhar para suas crianças e só agora parece que o conselho tutelar e outros serviços da rede estão se atentando. Em seguida, conversamos sobre o papel do ACS nos casos, pois ela se questiona dos limites de sua atuação, e se deve identificar sua função como “só fazer cadastro”.*

Sobre a passagem, destaco meu intuito de acolher o sofrimento da própria ACS e, a partir disso, tentar instrumentalizá-la a ter leituras sobre o caso. Para mim, foi mais fácil fazer isso numa conversa às margens, do que no meio da reunião de equipe, em que outras relações institucionais (e de poder) estão em jogo. Novamente, aparece aqui uma mulher “falhando” no papel de mãe, devido à forma que lida com seu sofrimento e tal sintoma sendo lido em relação com aquilo que choca com ideais de gênero (ZANELLO, 2014). Expressa, ao mesmo tempo, a complexidade dos profissionais da atenção básica em, de fato, cuidar de todos os membros da família.

Ao tentar cuidar de todos, o caso pode provocar raiva nos profissionais de saúde, o que, em parte, pode se relacionar a uma dificuldade em se compreender a demanda. Seria a fixidez de Amélia a esse papel de “vítima” uma resistência à miserabilidade, uma defesa ao sofrimento,

---

<sup>11</sup> Tomando o referencial da psicanálise, contratransferência é definida por Zimerman (2008) como resposta emocional (consciente ou não) que um terapeuta é levado a sentir diante da relação com o paciente. Estar atento às reações que os usuários provocam pode ajudar os profissionais a diferir da forma que a sociedade lida com eles e, nesse sentido, pode favorecer para sistemas de instituições mais flexíveis a acolher diferentes pessoas.

sendo interpretada como uma “falta de vontade” (MIRANDA, ONOCKO CAMPOS, 2014)? Reconheço que não há saída fácil, no caso de uma pessoa que, ainda, perdeu seu vínculo com o serviço. O que resta, agora, é investir nesse vínculo, disponibilizar-se ao cuidado e garantir estabilidade, mas, geralmente, são propostas intervenções impositivas ou, até mesmo, intrusivas.

Diante das angústias que esse trabalho mais reservado provoca, ou mesmo diante dos impulsos agressivos dos/as pacientes sobre os/as profissionais, o movimento institucional é o de se burocratizar, evitar falar sobre o tema. A equipe volta-se a normas, procedimentos, atividades que se distanciam do fim de cuidar, como uma defesa contra o que este cuidar provoca (ENRIQUEZ, 1988/1991). Volta-se ao que existe de organização e estabelecimento no campo institucional: uma estruturação hierárquica, com fixidez de funções e diferenças de poder, sendo pouco flexível e adaptável aos/às usuários/as (MOURA, 2003). A fala da ACS justamente se finaliza trazendo em foco este aspecto de sua função (fazer cadastro), em detrimento de outros, embora seja evidente que sua relação com o território de abrangência e sua leitura de diversos casos tenha importância fundamental para a construção do cuidado em saúde daquela unidade.

A questão que se coloca é: Como evitar esse movimento de burocracias e estabelecimento? Enriquez (1988/1991) faz algumas contribuições a respeito: a equipe deve estar atenta às diferenças de poder e aos valores sociais, além de valorizar a verdade e autonomia dos sujeitos atendidos, vendo-os como seres em mutação, desejando por sua saúde - o que destaco como princípios básicos que devem fundamentar qualquer serviço que se proponha a ter um cuidado antimanicomial. Além disso, os profissionais devem olhar para si e tentar compreender suas próprias questões subjetivas. É neste ponto que a clínica dos sujeitos encontra seu correlato institucional.

O papel de apoio matricial e de espaço de reserva que proponho é justamente de contribuir para que se olhe para os sentimentos despertados pelo trabalho, tanto enquanto uma ampliação de ferramentas técnicas, quanto um suporte subjetivo (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2014; ONOCKO CAMPOS, 2005). Um apoio para que se desvie da pura identificação ao sofrimento do outro, para que se reconheça que o trabalho, muitas vezes, gera sensação de onipotência ou de impotência. Pensando nas reflexões da ACS sobre seu papel profissional, entendo que exista a função de manter uma continuidade de cuidados, propiciar um ambiente de confiança, mesmo diante das adversidades do percurso. Para desempenhar tal função, é preciso que esses trabalhadores/as também tenham um suporte. E, a partir disso, oferecer um cuidado ético (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2013), que acolha as dimensões

ambivalentes e conflituosas das relações, e que abranja a diversidade de experiências de ser mulher.

Tal proposta de apoio é coerente com o referencial da psicoterapia institucional, pois promove espaços do dizer e do desejo, almeja combater desalienação e acolher a singularidade dos sujeitos envolvidos (profissionais e usuárias), se aproximando da função a que se propõe o serviço: promover cuidado (MOURA, 2003). A forma de apoio ofertado, "nas margens", aproxima-se de uma técnica de ambiência, em que se promove uma multiplicidade de encontros entre trabalhadores/as e uma maior fluidez e flexibilidade das funções. Com as restrições impostas pela pandemia de Coronavírus, diminuíram muito os contatos e os encontros com os/as usuários/as, mas, com maior suporte, é possível que se despertem outros olhares.

Trata-se, portanto, de uma mudança no funcionamento do serviço, que permita que apareçam as singularidades dos atores envolvidos. Nesse sentido, há também um paralelo com Oury (1991), que aborda ambiência enquanto uma espera ativa e instrumentalizada, capaz de acolher o incomum, a singularidade de cada um. Para tal, é de extrema importância o reconhecimento das potencialidades de profissionais e usuários, visando um trabalho em equipe permeado de relações complementares. Ao discutir a formação enquanto fator protetivo, Onocko Campos (2005) retoma este autor para defender que é possível promover humanização e ampliação da clínica, por meio da ambiência e de diretrizes como responsabilização e acolhimento.

A reflexão proposta tem, ainda, um segundo sentido. Da mesma forma que eu, enquanto psicóloga residente pensando apoio matricial, posso oferecer um espaço de reserva a outros profissionais da equipe de saúde da família - a equipe também pode oferecer um apoio a mim. Como Moura (2003), não se defende um igualitarismo dos diferentes núcleos profissionais, mas uma democracia em que todas as pessoas têm lugar para participar da construção do cuidado, levando em conta suas singularidades. Se aproximando de princípios do clube dos saberes - intervenção proposta pelo autor - há uma valorização mútua e recíproca de diferentes saberes (inclusive, dos/as usuários/as), por meio do acolhimento e da disponibilidade.

É nesse sentido que a maior proximidade e saber sobre o território qualificam e auxiliam a pensar o cuidado clínico e, por outro lado, propiciam parcerias que me dão suporte para sustentar a posição paradoxal de presença implicada-reserva. Como exemplo, destaco a fala sensível de uma ACS, quando conversávamos sobre um caso que atendi durante o ano: "Ela [a usuária] tem que saber que a gente está aqui para quando ela precisar, mas não podemos buscá-la o tempo todo. Temos que '*dar um respiro*' para que ela consiga agir e buscar o que ela quer." Essa pontuação - embasada no conhecimento do contexto familiar do caso atendido e de seu

vínculo com o Centro de Saúde - ocorreu em um momento crucial do atendimento e me ajudou a sustentar uma posição de reserva enquanto terapeuta. Tal manejo teve frutos significativos em seu acompanhamento, propiciando um papel mais ativo da usuária.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na experiência cotidiana de minha atuação como psicóloga residente, foram discutidos no trabalho alguns entraves ao cuidado a saúde mental das mulheres na atenção básica: o encaminhamento de casos de mulheres a atendimentos individuais com profissionais de núcleos ligados a saúde mental, a forte presença do papel social esperado do público feminino - enquanto mãe/ cuidadora no estabelecimento de saúde, a proximidade e identificação das trabalhadoras com as usuárias e uma possível defesa contra tal identificação. Tais fatores parecem contribuir com movimentos institucionais de burocratização e distanciamento dos casos, mantendo a lógica de individualização de um sofrimento de origem social.

Como saída potencial para este quadro, é proposto um modelo de apoio matricial baseado na construção de espaços de reserva, por meio de ferramentas técnicas e suporte afetivo entre as/os profissionais, favorecendo uma tessitura institucional mais flexível e aberta a diversidade de formas de ser mulher. Trata-se de um dispositivo para favorecer que os serviços se adaptem às necessidades das usuárias (ONOCKO CAMPOS, 2009). Dessa forma, em relação ao estudo de Souza e Silveira (2019), sobre a visão de profissionais da atenção básica sobre a escuta no contexto da saúde de mulheres, também são abordadas aqui especificidades no cuidado dessa população. Não obstante, a proposta apresentada difere das autoras em dois aspectos: a abrangência a todos os profissionais da equipe - não apenas aos de formação universitária, além da ênfase na mudança institucional e no apoio matricial (não em capacitações) como forma de qualificar a escuta.

Durante o desenvolvimento do trabalho, reconheci leituras e ferramentas práticas que me ajudaram na atuação no serviço de saúde, no atendimento às usuárias e trabalho em equipe. No entanto, o cotidiano impôs ainda outros obstáculos e adversidades, sendo relevante olhar para tais questões. Em primeiro lugar, ao longo do ano, tornou-se evidente a importância do vínculo entre os/as próprios/as trabalhadores/as, para que seja possível estabelecer um apoio mútuo e parcerias. Refleti, em diversos momentos, sobre minhas dificuldades pessoais em implementar tal trabalho, com todos os profissionais das equipes de saúde da família. É compreensível que se tenha maior proximidade com alguns colegas de trabalho, contudo - mais do que isso - leve-se tempo e investimento para se estabelecer relações de confiança. Em serviços NASF que apoiam um número ainda maior de equipes de saúde da família, suspeito que essa construção conjunta seja prejudicada.

Um segundo ponto sobre o trabalho em equipamentos de saúde se relaciona com a aderência narcísica à tarefa primárias, o que, segundo Kaës (1991), refere-se à importância de os sujeitos acreditarem na missão buscada pelo serviço. Diante dos inúmeros entraves à tarefa



primária, que se fez bastante presente durante o ano - incluindo as mudanças no fluxo da unidade e da residência devido à pandemia, o medo constante da doença e as piores condições de trabalho impostas, ainda, pelo processo de desmonte do Sistema Único de Saúde-SUS - acentuaram-se as diversas estratégias defensivas dos trabalhadores (e também minhas), para se manter ali. Enfim, para que o trabalho se torne viável, é fundamental o comprometimento da própria gestão em oferecer um suporte às equipes, na criação de espaços subjetivos conjuntos, com tomada de decisões coletivas e reconhecimento do sofrimento inerente ao trabalho nos estabelecimentos de saúde (KAËS, 1991; ONOCKO CAMPOS, 2005).

Estas questões, é claro, colocam-se contra uma pretensão de onipotência também nossa, como profissionais de núcleos de saúde mental, no que se refere ao desejo de buscar e realizar um cuidado “ideal”. No entanto, sem querer finalizar o texto em tom de pessimismo com o trabalho no SUS, coloco aqui a possibilidade que tenho, e que dá sentido à nossa função cotidiana, de conhecer e acompanhar sujeitos e sujeitas na construção de suas vidas, de autonomia e de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, S. L. Interrogando o feminino. *In*: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (org.). **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, 2002. p. 13-29.

BLEGER, J. Psicologia Institucional. *In*: \_\_\_\_\_. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Tradução de Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. p. 31-70.

BLEGER, J. (1971). O grupo como instituição e o grupo nas instituições. *In*: KAES, R. et al. **A instituição e as instituições: Estudos psicanalíticos**. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 59-72.

BORGES, F. B. M. **O clube dos saberes no hospital: Análise institucional de uma intervenção**. 2009. 162 p. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_05a.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf). Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 09 nov. 2020.

BUTLER, J. (2004). Regulaciones de género. **Revista de Estudios de Género La Ventana**, n. 23, p. 7-35, 2006.

CONDACK, M. J. **Para onde ir quando não se tem lugar?** Histórico e conceitos básicos da psicoterapia institucional francesa, 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Departamento de Psicologia, Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro- PUC Rio, Rio de Janeiro. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde**. 2 ed. Brasília, DF: CFP, 2019.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Projeto 2 - Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro**. Relatório Final. Análise de Dados. Contrato de Prestação de Serviço DIEESE - Conselho Federal de Psicologia. São Paulo: DIEESE, 2016. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/perfildecategoria/2016/psicologosMercadoTrabalho.html>. Acesso em: 09 nov. 2020.

ENRIQUEZ, E. (1988). O trabalho da morte nas instituições. *In*: KAES, R. et al. **A instituição e as instituições**: Estudos psicanalíticos. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 73-101.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, São Paulo, v. XI, n. 21, p. 13-30, 2007.

FIGUEIREDO, L. C. Presença, implicação e reserva. *In*: FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. **Ética e técnica em psicanálise**. 2. ed. ampliada. São Paulo: Escuta, 2008. p. 13-54.

FREUD, S. (1914). Introdução ao narcisismo. *In*: \_\_\_\_\_. **Introdução ao narcisismo**: Ensaio de metapsicologia e outros textos (1914-1916) Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010. p. 13-50. (Obras completas, v.12)

GOUVEIA, M.; ZANELLO, V. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: Experiências e percepções de mulheres negras. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 24 e42738, 2019.

HIANY, N.; VIEIRA, M. A.; GUSMÃO, R. O. M.; BARBOSA, S. F. A. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: Uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 24, 2018.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. *In*: KAES, R. et al. **A instituição e as instituições**: Estudos psicanalíticos. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 1-39.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do feminino**: A mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

KRISTEVA, J. (1987). **Sol negro**: Depressão e melancolia. Tradução de Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

KODA, M. Y. **Depressão em mulheres um estudo a partir dos vínculos familiares e sociais**. 2011. 232 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Área de concentração: Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: Breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

LIMA, F. Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: Sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. *In*: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 70-88.

MACEDO, J. P.; ALVES, C. S.; BEZERRA, L. L. S.; SILVA, J. R. A "popularização" do perfil dos estudantes de Psicologia no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 81-95, 2018.

MESQUITA, I. N. **Entre silenciamentos e provocações**: A questão do racismo no contexto da atenção básica à saúde. 2019. 40 p. Trabalho de Conclusão (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Balizamentos éticos para o trabalho em saúde mental: Uma leitura psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 100-115, 2013.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Contribuições da teoria winnicottiana para um posicionamento clínico nos serviços públicos de saúde. In: WINOGRAD, M.; VILHENA, J. (org.). **Psicanálise e Clínica Ampliada**: Multiversos. 1. ed. Curitiba: Editora Appris, 2014. p. 57-86.

MOURA, A. H. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. T. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>

ONOCKO CAMPOS, R. T. Elas continuam loucas: De que serviria aos serviços públicos de saúde uma releitura dos textos de Freud sobre a histeria? **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 149-161, 2009.

PASSOS, R. G. "De escravas a cuidadoras": Invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 38, p. 77-94, 2017.

PASSOS, R. G.; PEREIRA, M. O. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 25-51.

PEDROSA, M.; ZANELLO, V. Reconstruindo histórias para além do diagnóstico psiquiátrico: Escuta (e intervenção) de gênero como meio de empoderamento de mulheres com histórico de relações violentas. In: STEVENS, C. et al. **Mulheres e Violências**: Interseccionalidades. Brasília, DF: Technopolitik, 2017. p. 43-62.

OURY, J. Itinerários de formação. Tradução de Jairo I. Goldberg. **Revue Pratique**, n. 1, p. 42-50, 1991.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2019. (Coleção Feminismos plurais)

ROMÃO, L. M. V.; COELHO, J. L. G.; FEITOSA, P. W. G.; BRITO, R. T. B. E.; SOUSA, C. M. S.; FEITOSA, F. L. S.; FERNANDES, E. A. M. D.; SANTANA, W. J. Condução da violência de gênero na estratégia de saúde da família: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, e959107600, 2020. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.7600>

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: Identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, 2018.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: Revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3523-3532, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>

SIMON, R. W. Twenty years of the sociology of mental health: The continued significance of gender and marital status for emotional well-being. In: JOHNSON, R.; TURNER, R.; LINK, B. (Eds). **Sociology of Mental Health: Selected topics from forty years, 1970s-2010s**. Cham: Springer International Publishing, 2014. p. 21–51. (SpringerBriefs in Sociology Series) [https://doi.org/10.1007/978-3-319-07797-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-07797-0_2)

SOUZA, S. A. L.; SILVEIRA, L. M. C. (Re)Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 19-42, 2019.

TONICELLI, L. M. G. **A clínica da atenção básica e a medicalização crônica dos sintomas produzidos por opressão de gênero em mulheres**. 2018. 34 p. Trabalho de Conclusão (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (org.). **Saúde mental e gênero: Diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e interseccionalidades. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. **Luta antimanicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 52-69.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica: Uma re-visão**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 472 p.