



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL



ANA ELIZA FERREIRA RIBEIRO

**Construção do cuidado em saúde mental de pessoas expostas a situações de
violência:**
reflexões sobre a prática.

CAMPINAS - SP
2021



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL



ANA ELIZA FERREIRA RIBEIRO

**Construção do cuidado em saúde mental de pessoas expostas a situações de
violência:**
reflexões sobre a prática.

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, como parte dos requisitos para a conclusão e obtenção de título de especialista em Saúde Mental.

Orientador: Bruno Ferrari Emerich
Coordenadora: Rosana Onocko Campos

CAMPINAS - SP
2021

1. APRESENTAÇÃO

Andava na rua
debaixo do sol,
vi Maria!
Seu rosto marcado pelo tempo já dizia tudo
Que destino é esse?
Que palavra é essa?
Que destino tem Maria que trabalha, trabalha,
trabalha
mas não tem destino certo?
Se tem pão na mesa, ou não
Se morre amanhã, com bala perdida
indigente, sem cova certa
Se o homem que mora em sua casa
lhe dá um tapa, um soco, um murro
Para onde é que vai?
Para onde é que vamos?
E todas essas Marias que cá estão?¹

Este trabalho que apresento é fruto de inquietações e reflexões advindas do percurso de dois anos enquanto residente no programa multiprofissional em Saúde Mental, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - e visa refletir sobre o cuidado de pessoas expostas à situações de violência, a partir de fragmentos e narrativas advindas da prática.

Em relação ao interesse pelo tema, consigo identificar que ele esteve sempre presente, de algum modo, em minha trajetória profissional. Minhas primeiras experiências como terapeuta ocupacional se deram em grandes favelas e comunidades na cidade do Rio de Janeiro, onde pude compreender que a luta pela construção de um projeto em saúde mental - público e de qualidade, não poderia estar desvincilhada de um projeto coletivo de sociedade, comprometido com as iniquidades e injustiças sociais.

Assim, compreendo que também é papel da atenção psicossocial pensar em intervenções que possam levar em consideração os diferentes contextos e necessidades de seus territórios - como a realidade das barreiras de acesso e privação de direitos fundamentais impostas a grande parte da população, o cenário crônico de desigualdades sociais, as violências de Estado, violências de gênero e violências raciais.

¹ Trecho da música Maria de Luta - Dandara Manoela

Neste trabalho, parto do mesmo princípio que DELGADO (2012), que afirma que são necessários estudos que tragam e abordem a temática da violência, considerando a sua interface com a saúde mental, com a seriedade que ela requer. É preciso percorrer um caminho para que se possa sistematizar e publicizar, ainda mais, experiências de intervenções psicossociais em territórios acossados pela insegurança. Pode-se dizer que este é um tema relevante para a agenda da Reforma Psiquiátrica - que pode contribuir através do desenvolvimento de ações e intervenções voltadas ao sofrimento psíquico ocasionado pela violência.

Recuperando um pouco do meu percurso enquanto residente, no primeiro ano estive num CAPSIJ e me deparei com uma realidade que considero muito dura, que é a realidade do abismo brasileiro entre o instituído no plano normativo-jurídico e a forma com que cotidianamente se tratam crianças e adolescentes no Brasil.

Apesar do avanço na conquista de direitos - sob a égide do ECA e demais políticas que garantem a proteção da infância e da adolescência - não foi difícil constatar que muitos destes direitos são válidos em um âmbito meramente formal. O Brasil ainda reproduz com sua juventude pobre, o que outrora reproduzia sob a égide do "Código de Menores". Não foi difícil perceber que a despeito de certos avanços no campo político, muitos jovens continuam sendo "menores", para efeito do seu reconhecimento social e na prática não alcançam cidadania em seus aspectos mais elementares.

Posso dizer que este primeiro ano de residência foi, então, um momento de encontro com a realidade de muitos meninos e meninas do nosso país, com trajetórias marcadas pela violência, pela institucionalização, criminalização e pela falta de acesso a direitos básicos, mas também demonstrou a potência destes dispositivos, como os CAPSIJ, de reafirmar e tensionar para que as crianças, adolescentes e seus familiares possam ser vistos como sujeitos. **Sujeitos de direitos e sujeitos psíquicos.** Capazes de padecer, sofrer psiquicamente e com direito de serem cuidados e acolhidos em seu sofrimento e dificuldades.

Já no segundo ano, tive como campo de estágio a pesquisa de implementação de um ambulatório voltado ao atendimento de pessoas expostas a situações de violência e estive como referência em saúde mental em uma Ocupação, na cidade de Campinas. Nesta experiência pude entrar em contato, mais uma vez, com outras difíceis vivências. Mães que perdem seus filhos assassinados pelo Estado, mulheres que sofrem violência de gênero e situações de violência intrafamiliar intensas. Esses encontros foram mobilizadores e me

levaram ao questionamento sobre o que eu poderia ofertar, enquanto profissional e residente em saúde mental e poder também refletir clinicamente quando o tema é o cuidado direcionado à estas pessoas.

Não foi difícil precisar durante a prática como residente que a violência pode acarretar grandes impactos àqueles vitimados por ela e a sua ligação estreita com o sofrimento subjetivo. De acordo com Silva (2005) a pobreza e as diferentes formas de violência, como a violência urbana, a violência do Estado, etc., podem produzir traumas no tecido social e contribuir para a continuidade de sua transmissão pelas gerações futuras. Para enfrentar esta problemática são necessários investimentos macropolíticos (como políticas públicas afirmativas, capazes de atuar no enfrentamento das desigualdades sociais, efetiva distribuição de renda, melhoria das condições de vida, de educação e saúde da população) e micropolíticas, que se dão com intervenções no cotidiano das pessoas.

Neste trabalho, parto da aposta de que os dispositivos de cuidado e atendimento em saúde mental podem ser **intervenções micropolíticas com grande impacto** em determinantes e na reprodução de ciclos de violência. Com isso, compactuo com este mesmo autor quando ele afirma que é preciso que pensemos a construção do trabalho com pessoas expostas a violência com base em análises e estratégias que articulem não só a sua dimensão macropolítica, mas também a sua perspectiva micropolítica – como os processos de simbolização, desejos, etc (SOUZA, 2005).

A partir de uma leitura clínica influenciada pela psicanálise, por exemplo, pode-se dizer que situações e eventos violentos podem ultrapassar e romper com a capacidade de simbolização de um indivíduo, sendo capaz de levar ao sofrimento subjetivo a partir da não integração e representação de situações traumáticas – tais conteúdos não integrados ao psiquismo, por sua vez, podem ser transmitidos, inclusive entre gerações. O cuidado em saúde mental pode ser uma importante contribuição ao passo em que pode atuar como uma via de simbolização de eventos não elaborados, conferindo lugar para narrativas de sofrimento (Onocko Campos, 2005; Eizirik, 2006).

espaços seguros de escuta podem oferecer à pessoa vítima de violência um lugar, legitimar sua experiência e possibilitar a elaboração da experiência traumática, que, quando narrada e compartilhada, pode ser ressignificada; do contrário, corre-se o risco de invalidar, negar, calar e, por isso, perpetuar a violência que vai sendo vivida, transmitida e naturalizada (SILVA et al, 2021).

A elaboração de eventos violentos que podem gerar trauma é apontado por Benghozi (2001) como um trabalho de prevenção de adoecimento psíquico, inclusive de crianças ainda não nascidas, sendo esta uma significativa possibilidade de contribuição da saúde mental às políticas públicas.

O silêncio diante da violência pode ser devastador. Resgatar memórias e produzir narrativas sobre estes acontecimentos marca a distinção de um ato clínico e político relevante. Na experiência do trabalho com situações de violência, foi possível perceber o quanto é fundamental que o cuidado em saúde mental direcionado à essas pessoas possa considerar sempre essas duas dimensões, **macro e micropolíticas**. Pois assim, além do lugar de testemunha na construção de sentido e elaboração destes eventos difíceis, o profissional de saúde mental pode se posicionar como um agente promotor de direitos, acionando e compondo redes, atuando de modo interdisciplinar – incentivando e buscando contribuir para a coesão comunitária, podendo ampliar redes de sociabilidade, suporte e acesso à direitos, dada a complexidade do trabalho com o tema.

O fenômeno da violência é complexo e o seu trabalho deve residir no esforço de posicionar estas pessoas numa posição ativa diante de seu sofrimento – e isto pode acontecer de diferentes modos. Seja a partir da relação vivida no setting, onde se pode buscar proporcionar que um sujeito possa fazer da violência um sintoma. Possa "sintomatizar a violência". Isto é, a partir dela construir uma questão que interrogue o seu sofrimento. Instigar o sujeito a supor na violência um saber sobre si e sobre o que o cerca. Assim como também, no apoio à construção de possibilidades concretas e lugares de vida. Em resumo, apesar da diversidade de possibilidades e modos de atuação, parece que o trabalho em saúde mental com pessoas expostas a situações de violência deve supor sempre um sujeito: um sujeito de direito, um sujeito psíquico, inserido na cultura, um sujeito ocupacional, um sujeito no mundo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Refletir sobre o cuidado em saúde mental voltado à pessoas expostas à situações de violência, a partir da experiência como residente, no município de Campinas.

2.2 Objetivos específicos:

1.1 Discutir diferentes abordagens e tecnologias de intervenção psicossocial que podem ser empregadas no cuidado de pessoas expostas à situações de violência, a partir de fragmentos e narrativas da prática;

1.2 Analisar as potencialidades e possíveis impasses vivenciados no emprego das abordagens e tecnologias de intervenção psicossociais elencadas;

1.3 Discutir as principais contribuições identificadas nas práticas e abordagens descritas para a formação profissional.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

“É experiência aquilo que “nos passa”,
ou que nos toca, ou que nos acontece, e
ao nos passar nos forma e nos
transforma. Somente o sujeito da
experiência está, portanto, aberto à sua
própria transformação.”

Larrosa Bondía (2002, p.21)

A metodologia escolhida para este trabalho é o relato de experiência. Pressupõe-se no relato de experiência um trabalho de concatenação e memória - a elaboração de um acontecido como vê seu relator, invocando suas competências reflexivas e associativas. O relato de experiência é uma modalidade de cultivo de conhecimento no território da pesquisa qualitativa, concebida na reinscrição ativada através de trabalhos da memória, em que o sujeito constrói seus direcionamentos de pesquisa ao longo de diferentes tempos (DALTRO & FARIA, 2019).

Isso posto, o pesquisador pode conjugar seu acervo associativo agindo processualmente, tanto em concomitância com eventos e cenas, como trazendo o produto processado pelas elaborações e suas concatenações, e, finalmente, pode apresentar algumas das suas compreensões a respeito daquilo que viveu.

A discussão deste trabalho será organizada em três capítulos. Cada um deles trará uma vivência - assim, a teoria será trazida à cena para dar um sentido ao que foi vivido na experiência de construção de cuidado de pessoas expostas à situações de violência e a sua escrita será feita a partir de narrativas. Os capítulos que buscarão refletir sobre este percurso profissional e as diferentes possibilidades de intervenção e cuidado a partir deste tema serão os seguintes:

1. **Companhia para revisitar a história e imaginar possibilidades de futuro:** a terapia ocupacional e o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional;
2. **Grupo de mulheres:** vivência com a educação popular e círculos de cultura no cuidado de pessoas expostas à situação de violência;
3. **Presença viva da saúde mental no território:** ações de promoção de saúde mental no território de uma ocupação.

1 COMPANHIA PARA REVISITAR A HISTÓRIA E IMAGINAR POSSIBILIDADES DE FUTURO: a terapia ocupacional e o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional.

Neste capítulo, me deterei a reflexão sobre os meus encontros com crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional. Sem medo de cometer generalizações, é possível observar que a história de vida de crianças e adolescentes institucionalizadas são histórias marcadas pela violência. A institucionalização, ainda hoje, segue como resposta para famílias em que a pobreza é um marcador importante; em grupos que existem ciclos de violações de direitos que marcam gerações, onde há falta de políticas públicas, ausência de equipamentos para lidar com as demandas apresentadas, circunstâncias que quase sempre se colocam sobre a forma de situações-limite e onde existe uma grande dificuldade em se articular respostas intersetoriais efetivas. Pode-se dizer, com isto, que o acolhimento institucional desvela, antes de tudo, uma violência de Estado, que mantém intacto um cenário de desigualdade social importante (MORESCHI, 2018).

Pretendo, neste capítulo, relatar meus atendimentos em terapia ocupacional de P. uma adolescente de 13 anos que me ensinou sobre algumas coisas que considero relevantes para o atendimento de pessoas expostas a situações como estas. Mesmo sendo muito jovem, quando a conheci, P. já tinha vivido inúmeras situações de exposição à violência, como: agressões físicas intrafamiliares intensas, abusos sexuais e privações de direitos essenciais para se viver uma infância e adolescência com dignidade. Infelizmente, o caso de P. não é um caso isolado em nosso país. No entanto, considero que ele trouxe pistas importantes do que acredito que a atenção psicossocial pode contribuir no percurso e história de vida destas pessoas e de seus familiares.

Narrativa

Era uma manhã como outra qualquer no CAPSIJ. Um dia de sol. Fizemos a passagem de plantão no início da manhã e fomos avisados que uma adolescente de nosso território de referência veio para ser recebida e passar por um acolhimento conosco junto a sua mãe, Maria.

Este caso havia sido discutido no último matriciamento. O Centro de Saúde pediu que conhecêssemos a jovem, pois P, de 13 anos, havia realizado uma cirurgia para retirada do feto de gêmeos, após aborto espontâneo, proveniente de gravidez ectópica. Uma laparotomia. Existia uma preocupação com a menina, que antes mesmo que seus pontos tivessem cicatrizados saía com frequência - ficava dias fora de casa e fazia uso intenso de substâncias. Chamou também atenção do Centro de Saúde em consulta realizada a relação conflituosa entre ela e Maria.

Pois bem, fomos, então, eu e as outras duas profissionais com quem compus referência neste período recebê-las. P é bonita - estava com unhas feitas, cabelos alinhados, calça desfiada e camiseta. Era muito difícil lembrar que P tinha treze anos baseando-se apenas em sua aparência, em seu modo de falar e se portar. Já sua mãe, que lhe acompanhava, encontrava-se com os cabelos desgrenhados, tinha um andar manco, rosto envelhecido, feição triste e dificuldades para falar.

Já no início do acolhimento, na parte em que colhíamos os dados mais objetivos, como: endereço, nome completo, cartão SUS, telefone, as duas começam uma discussão. Enquanto fazíamos estas perguntas iniciais, P respondia todas elas. Sua mãe tinha dificuldades em dizer dados como a data de nascimento dos membros principais da família, número de telefone e outras informações dirigindo a ela as perguntas quando não conseguia responder. P fica irritada com a mãe, dizendo que ela é sempre assim e que, ainda por cima, não presta atenção em nada que ela lhe fala.

Sua mãe assume uma postura simulando desentendimento. P pergunta gritando, então: "que música eu te mostrei hoje no celular quando estávamos saindo de casa?". A mãe erra a resposta. P com os olhos marejados e com raiva tenta a agredir fisicamente em nossa frente, precisamos impedi-las de entrarem num embate corporal. P demonstrava raiva em relação a postura da mãe, ao mesmo tempo que demonstrava também se magoar, ficou com semblante triste e choroso.

Perguntamos o motivo da vinda delas, depois que se acalmaram um pouco. A mãe dessa vez pega a palavra, dizendo que P é agressiva desta forma que vimos e que hoje ela a "espanca". Diz que é assim desde pequena, que foi um "bebê nervoso", que quebrou o berço com a cabeça com um ano de idade e que as coisas só foram piorando com o tempo. Trás que P "passou a usar drogas", já engravidou duas vezes, e que estava lá porque achava que sua filha precisava de internação. P que estava inquieta durante todo o relato nesse momento exalta-se de novo. No entanto, consegue não agredi-la desta vez.

Diz para nós que sua mãe "é uma mentirosa" e que acha que, no fundo, ela não se importa de verdade. Comenta que realmente sente que hoje agride as pessoas por impulso, como seu pai, e sente-se triste por isso: "eu não quero ser ele". Retoma cenas graves em que foi agressiva e justifica todas elas pelo seu ponto de vista, momentos em que foi "injustiçada" ou sentiu que não era querida. Trás que sente "muita raiva" das pessoas, principalmente de sua mãe. Conta em tom de voz exaltado que sua mãe passou a guarda dela para o seu pai, mesmo sabendo "muito bem quem ele era".

Relata que foi morar com seu pai com onze anos, diz que teve "sua guarda transferida" sem que soubesse e que sua mãe lhe avisou apenas por telefone. Nesse momento sua mãe justifica-se dizendo que não sabia o que fazer, pois nesta idade P já usava substâncias, lhe batia e não a obedecia em "absolutamente nada". Entendemos que seria difícil fazer o acolhimento com as duas juntas, pois a mãe estava muito emocionada e P dirigia-se à mãe muito exaltada, ameaçando a agredir novamente. Então separamos as duas para seguirmos. Continuo o acolhimento da menina com outra profissional e a outra escuta a mãe.

Acolhimento de P no CAPSIJ

P inicia dizendo que sente uma "mágoa" em relação à sua mãe, pela forma com que lhe trata e por ela ter a obrigado viver com seu pai. Conta que foi passar uns dias na casa dele e no momento em que ligava para pedir para retornar foi avisada de que sua guarda foi passada para ele, por telefone mesmo. Diz que não pôde voltar e sofreu abusos neste período. Moraram o pai, a madrasta e ela.

Trás que o pai, quando a madrasta não estava em casa, andava nu e se "mostrava" para ela, inclusive por vídeos, mas até então, ainda não havia tocado nela. Relembra a primeira vez que o toque de fato aconteceu, estava dormindo. Acordou aterrorizada. Esta foi a primeira de outras, disse. Trás que, nestas ocasiões, era chantageada por ele que dizia que "ninguém acreditaria" nela e que mesmo se acreditassem "não daria em nada". Revive com detalhes as cenas das agressões e trás que ele, desde a primeira infância, a agride com socos e enforcamentos, atitudes estas que agora ela tem com a mãe.

Compartilha que em certa altura conseguiu dizer dos fatos à irmã (mais velha), que a acompanhou na delegacia para fazer um B.O. Completa que ele estava certo no que dizia, pois aguarda há sete meses audiência sem nenhuma previsão de que aconteça, "não deu em nada mesmo". Depois que essa situação ocorreu, voltou a morar com a mãe.

Diz sentir frequentemente que não é querida, nem pela mãe e nem pelo restante da família e que realmente é agressiva, bate também nas irmãs e sobrinhos, e acredita que isso pode contribuir com isto que sente, mas tem dificuldades em mudar, “quando vejo já tô enforcando”.

Apesar disso, diz entristecer-se por não acreditarem muito nela ou por não darem valor a isto que aconteceu e que percebe que “não está bem”, que “*não consegue esquecer*”. Tem insônia e quando consegue dormir sonha com o tema. Com cenas do seu pai a penetrando.

Diz que não sai sem a medida protetiva em sua bolsa, pois tem medo que ele a procure. P é desenvolta na fala, quer muito dizer sobre o que lhe aconteceu, conta tudo com detalhes. Perde o fôlego durante a conversa, algumas vezes, devido à velocidade que rememora estes fatos. Pedimos para que ela voltasse ainda no fim daquela semana. Diz que virá.

Acolhimento de Maria

Em outra sala, a outra profissional do nosso trio escuta a mãe, Maria. Com dificuldades, diz que trabalha no sinal vendendo balas. Recebe o bolsa família (120,00) e a pensão no valor de 200,00, que o pai de P lhe envia. Trás que têm sido difícil vender as balas. Depois de um AVC nunca mais conseguiu ser a mesma, tem problemas para andar. Conta que P é fruto de seu segundo casamento. Disse que foi um relacionamento difícil e que sua família toda tem ressentimentos com este homem. Nesta relação foi bastante agredida, até mesmo grávida, e hoje ela e a família vêm em P seus traços.

P é a quarta filha, a mais nova. Tem mais três filhos que já saíram de casa. A gravidez da menina não foi planejada e nem desejada, tentou abortar. Diz que se sente incapaz de cuidar dela, que passa dias fora, a furta, a desrespeita, não obedece em nada: “a minha palavra não vale nada para ela”. Acredita que P possa estar envolvida com ações do tráfico. O relato de Maria me lembra muito a música que cito no epílogo parece ter sido feita pensando nela.

Seguimento do caso

P retorna ao CAPSIJ, ensaia uma possibilidade de vínculo conosco, nos trata afetivamente, continuamos nossa conversa. Traz questões sobre si e se pergunta coisas, nos pede auxílio para entender. Ao chegar, vai espontaneamente em direção à sala. Trás com muita angústia a sensação de lembrar sempre da cena com seu pai e da ansiedade

que isso lhe causa. Lembro-me dela nos perguntar: "Tia, existe um remédio pra isso?", e o medo desta sensação nunca passar. Conta que segue sonhando com o pai, com ele lhe penetrando, lhe batendo até que sangrasse ou dela em queda de uma ponte fugindo de sua figura. Diz que acorda com muitas dores. Durante a conversa também introduz o tema da frustração que sente em relação à postura de sua mãe. Traz que aos nove anos experimentou substâncias pela primeira vez, com os amigos da escola, esperava que sua mãe lhe pedisse para parar. Isso não aconteceu. Então, diz que continuou. Também traz que nesse contexto também começou a matar aula para ir ao baile do fluxo e aos 10 anos iniciou a vida sexual com homens que frequentavam este espaço.

Os atendimentos de P eram densos. Procurávamos sempre acolhê-la de forma afetiva nestes momentos em que vinha ao CAPSIJ, respondendo às suas perguntas e ouvindo todo o seu conteúdo de sonhos, angústias e medos. A ideia era que pudéssemos criar um espaço de confiança e segurança para que ela pudesse relembrar estes fatos na medida em que lhe era possível, construir um sentido para estas vivências e também entender como esta situação se desdobrava de maneira concreta em seu cotidiano no ponto de vista de sua proteção, pois eram situações que pareciam graves. Maria também veio e era escutada simultaneamente em outra sala pela mesma profissional do primeiro dia.

Nesse mesmo dia, foi realizada uma reunião de rede com a equipe da média complexidade da proteção social que estava no caso, para compreendermos como estavam atuando. A média complexidade traz que estão no caso desde que o B.O foi realizado e o Conselho Tutelar, acionado. O psicólogo compartilha que realizou escutas da família e visitas para entrega de cestas básicas, desde então. Diz que Maria se coloca nos atendimentos numa postura de "medo" e "submissão" em relação às agressões da filha e se coloca de modo resistente às intervenções que a levam a pensar sobre si ou que a levem a pensar sobre esta postura.

Este profissional diz que observa que na relação das duas a violência e o não desejo pelo nascimento de P se mantém nos atos da mãe que além da postura de submissão, se coloca, em outros momentos, a partir de uma postura de "não afeto" ou desprezo pela menina, indicando uma dificuldade de relação importante. Também traz que Maria faz uso abusivo de álcool e vai embriagada ao serviço algumas vezes.

P vai ao CAPSIJ novamente na semana seguinte, dessa vez esbaforida, com medo. Ansiosa para falar. Diz que seu irmão tem recusado repassar para sua mãe a pensão que

seu pai lhe fornece, pois escuta dele muitas coisas que o desagrada. Sua mãe compartilha com ela a informação de que seu pai está sondando-a nas redes sociais, ameaçando-a para outras pessoas, dizendo que P tem falado mentiras sobre ele. O pai é envolvido com o tráfico, o que lhe causa muito medo, tem receio de ser "encomendada", sente que esta sendo perseguida.

Tem dito que não tem conseguido comer e dormir, apresenta comportamentos paranóicos. Ligamos para a mãe que confirma a situação, diz que tem lhe dado diazepam diluído na bebida, sem que saiba, para que fique mais em casa, pela dificuldade que tem sentido de manejar a situação. Marcamos uma reunião com o CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância), Conselho Tutelar e SETA (Sociedade Educativa de Trabalho e Assistência de Campinas). Nesta reunião discutiu-se a possibilidade de acolhimento em casa de passagem para proteção da adolescente. Enviamos relatório para o Conselho Tutelar registrando os acontecimentos recentes e atendimentos. Marcada uma outra reunião com alta complexidade, Vara da infância e Juventude, Média Complexidade e CT.

Nas próximas semanas que seguem P não volta para atendimento. Maria liga dizendo que P não tem ficado em casa e que não tem conseguido contato com a menina. Trás que um pouco antes, a jovem teve um desentendimento grave com a irmã, onde a feriu com estilete, envia fotos do ferimento. Diz que está muito preocupada, pois não tem conseguido saber notícias e falar diretamente com P, mas sabe que foi vista em situação de exploração sexual e que tem ficado na casa de pessoas da comunidade nas últimas semanas. Mantemos o contato com Maria, pensamos em fazer uma busca ativa, no entanto, não conhecemos o endereço exato que essa busca poderia ocorrer, pois P estava em endereço de pessoas desconhecidas.

Fizemos, então, a reunião agendada com a Alta Complexidade, Vara da Infância, média complexidade e CT. Fica indicado pela assistência social o acolhimento institucional, a partir de um mandato de busca e apreensão, dada a atual situação, que se estendia por pelo menos duas semanas, quase três, visando a proteção de P. Esta busca acontece com o auxílio da guarda municipal. Ficamos nessa hora receosos em pensar como isto poderia se dar de forma violenta, apesar do entendimento que ela precisava de uma intervenção para a sua segurança naquele momento. Sugerimos uma busca ativa junto ao CT antes deste pedido de acolhimento a revelia acontecer pelo território, mesmo com a possibilidade de não encontrá-la, pela falta de endereço. Os atores presentes na reunião concordam.

"Me ajuda a fazer as malas?" Institucionalização de P e a construção de seus atendimentos

Fizemos então a busca, CAPSIJ e Conselho Tutelar. Para nossa surpresa, após alguns minutos buscando no território encontramos P circulando na rua. Paramos para conversar com ela, que se surpreende também com a nossa presença, mas que nos recebe afetivamente. Dizemos que estávamos ali, pois estávamos a semanas sem vê-la e nos preocupava a sua segurança. Perguntamos como ela estava e ela começa a chorar. Disse que não estava bem. Escutamos ela e neste momento explicamos as opções que estavam disponíveis para a sua proteção, como a casa de passagem. Explicamos que ela poderia usufruir deste recurso para sentir-se mais segura. P olha para nós e pergunta: "me ajuda a fazer as malas?"

Fomos até a sua casa, a sua mãe estava lá. Enquanto a conselheira e a outra profissional conversam com a mãe, eu e P fizemos sua mochila com itens pessoais, roupas e documentos. Inicia-se então o percurso de acolhimento institucional de P, que fica na casa de passagem e depois é transferida para um abrigo institucional. Na casa de passagem a equipe alocada neste dispositivo faz pesquisa e atendimentos com a família nuclear e extensa para compreensão da rede de apoio e possibilidades de retorno para o seio familiar. Neste momento, fica entendido por esta equipe que não haveria possibilidades de P retornar a convivência com a mãe em segurança e a família extensa não demonstra disponibilidade e desejo em auxiliá-las nesta empreitada. Vai, então, para o serviço de acolhimento institucional.

Neste quesito, vejo como um ponto muito importante que P pudesse ter participado da decisão de seu acolhimento e que ele não tivesse acontecido a sua revelia. Todos os seus atendimentos a partir de então iam nessa linha de incluí-la nas decisões importantes de sua vida, oferecendo recursos, ferramentas e auxílio para que pudesse pensar em tais situações e vivenciá-las da maneira que lhe trouxesse o menor prejuízo possível.

Crianças e adolescentes em situações como esta frequentemente são pouco ouvidas e pensa-se muito pouco sobre sua história de vida com elas. Esta parece ser uma prática bastante comum neste campo: falar sobre elas - e não com elas - e tomar decisões sobre sua vida. Assim, essas crianças e adolescentes circulam de um contexto para outro (família biológica, abrigo, retorno à sua família de origem ou encaminhamento a uma família substituta) sempre submetidas às decisões dos adultos. Com frequência podem nem

compreender o que está acontecendo. Nosso objetivo desde o princípio foi tentar diminuir os danos destas práticas e não reproduzi-las em nosso setting de cuidado.

Nossos atendimentos, a partir de então, aconteciam semanalmente onde nos encontrávamos para fazer o que ela quisesse. Encontros em sua grande maioria mediados por uma atividade, porém nem sempre. Nos primeiros meses P trazia sempre seus sonhos com seu pai, suas lembranças, também trazia muito de sua relação com sua mãe, dizendo sempre o quanto estava "cansada de se sentir abandonada". Relembramos muita coisa de sua história juntas enquanto fazíamos atividades, como pintar as unhas, cuidar dos cabelos ou cozinhar.

As relações estabelecidas entre um adulto, uma criança ou um adolescentes têm o potencial para se constituir como um espaço de elaboração do que se passou e do que se passa entre elas e a sua família, entre o seu presente e o seu passado. Parto com isso do princípio de que ao retomar a sua história, a criança e o adolescente têm a oportunidade de ressignificar – atribuir outros sentidos – às suas lembranças difíceis e abrir caminho em direção a recursos que podem lhe ajudar a lidar com adversidades (MORESCHI, 2018).

A tentativa de ajudar a criança ou o adolescente a dar sentido para aquilo que viveu e está vivendo parece ser sempre fundamental para o seu acompanhamento. Não se trata somente da relação concreta que existe entre a criança, seus pais e/ou demais figuras de referência, mas também de como essas figuras são imaginadas, desejadas e existem. Nesse sentido, é importante que se possa oferecer oportunidades para que tragam suas representações familiares para o setting de cuidado.

A experiência de ser afastado do convívio familiar, com muita frequência, é acompanhada de uma experiência de abandono e rejeição cujos motivos, para a criança ou adolescentes, podem recair sobre eles. "Falta-me algo, por isso meus pais não me quiseram". Ser companhia para visitar suas histórias, nomear dores, dificuldades e encontrar novos sentidos é uma contribuição fundamental, de maneira em que não se apoie em uma ideia equivocada de sua própria história. Para que a criança ou o adolescente experiencie seu próprio valor e cresça descobrindo qualidades, a companhia de um adulto com quem esteja vinculado e que descubra, reconheça e viva com ele esse percurso é bastante importante. Isso ocorre por caminhos bastante particulares para cada pessoa, sempre mediado por uma relação afetiva (GULASSA, 2010).

Dessa forma, parece que a medida do acolhimento pode ser reparadora, quando ajuda uma criança ou adolescente a encontrar palavras que deem sentido ao que viveu,

sem desqualificar suas raízes familiares, ajudando a reconhecer o afeto que receberam, mesmo que alternado a momentos de negligência ou violência.

Enquanto especificidade de núcleo, venho pensando também, que a construção dessas experiências narrativas também podem se dar através da realização de atividades no setting - e não necessariamente apenas pela troca discursiva. Venho pensando que as atividades também podem ser um meio interessante de contar uma história (ou a própria história), de fazer planos, de aprender coisas, de se habitar um espaço, de compartilhar brincadeiras, enfim.

A Terapia Ocupacional busca, com os sujeitos que atende, descobrir um caminho de continuidade entre o passado, o presente e também com a continuidade de seu futuro, abrindo espaço para novas vivências, descobertas e ressignificação de momentos difíceis (SALLES e MATSUKURA, 2013).

O Terapeuta Ocupacional é o articulador entre o sujeito e seu cotidiano e pode possibilitar acessos e oportunidades para pessoas expressarem seus desejos e sentimentos em atividades. Ele faz uso de atividades, pois as entende como uma possibilidade do sujeito reconhecer-se e ser reconhecido por outros (SALLES e MATSUKURA, 2013).

Os atendimentos de terapia ocupacional com P se seguiram por todo o tempo que estive no CAPSIJ e através deles buscavamos construir um setting capaz de oferecer estabilidade, confiança e esperança. Sanches, Parente e Moraes (2005) assinalam, influenciados por Winnicott, que é parte essencial da proposta de cuidado destes jovens, a criação de um setting que favoreça o holding e a sustentação, inclusive no sentido de sobreviver aos ataques necessários à elaboração dos traumas, constituindo-se num espaço de transicionalidade, podendo assim, propiciar a retomada de um processo de amadurecimento interrompido por causa da violência e/ou da negligência perpetradas pelos cuidadores.

Estes mesmos autores assinalam que as instituições voltadas ao cuidado de crianças e adolescentes institucionalizados devem fornecer a estes uma sensação de estar apoiados e sustentados. Por meio de relações afetivas seguras, estas instituições devem funcionar como um ambiente facilitador e suficientemente bom. Em outras palavras, cabe às instituições de cuidado, e seus profissionais, proporcionar à criança e ao adolescente o direito de sonhar, de se expressar, além de ser um espaço de afeto, solidariedade, proteção e promoção da liberdade e da criatividade. Na abordagem de crianças e adolescentes

vítimas de negligência deve-se ter a possibilidade, através do estabelecimento de um ambiente acolhedor, de retomar seu processo de desenvolvimento emocional, ressignificando suas experiências, de forma a resgatar sua condição de sujeito (SANCHES, PARENTE e MORAES, 2005).

Depois de alguns meses trazendo seus sonhos com seu pai e a sua relação com a sua mãe P pode começar a trazer da confusão que sentia, pois também tinha memórias boas com seu progenitor, apesar de todas as experiências difíceis que teve e também sentia saudades de sua mãe. Trazia que não sabia o ponto em que sua família começou "a dar errado", pois tinha memórias muito boas de todos reunidos em churrascos quando era pequena. Trazia uma grande ambiguidade entre sentir que não era amada, ter memórias de ser amada, amar e ser agredida e machucada por estas mesmas figuras. Depois de um tempo conversando, chegamos à conclusão de que estas coisas andavam próximas em sua história e talvez não excluíssem umas às outras.

Para estas conversas às vezes utilizávamos fotos que ela tinha em seu celular com a família, escrevíamos ou a fazíamos a partir da preparação de palhas italianas, doces que ela dizia que lhe traziam conforto. Eram temas destes encontros também a grande expectativa que possuía que sua mãe lhe dirigisse afeto nas visitas e mensagens de wpp e a frustração que isso lhe causava quando ela não conseguia ocupar este espaço.

Eram encontros muito livres em que fazíamos atividades e discutíamos sobre sua vida a partir do que ela trazia e a partir de sua linguagem própria, neles também já tivemos como tema: questões ligadas a sua permanência no serviço de acolhimento institucional, os principais impasses vivenciados no dia a dia, suas idas a escola e ao seu bairro de origem, desejos e pensávamos sobre o seu projeto de saída. Em alguns encontros também dançávamos ou brincávamos - ou até mesmo permanecíamos em silêncio juntas.

Era um lugar importante neste sentido para oferecer-lhe confiança para a elaboração de momentos difíceis, mas também para poder vislumbrar a construção de possibilidades de um lugar para si. Pontos de ancoragem e possibilidades futuras que a possibilitassem ter esperança para continuar a caminhar.

P trazia muito desejo de voltar para um curso técnico de informática que começou a fazer antes do acolhimento e de ingressar no curso de manicure e cabeleireiro que o abrigo ofertava, mas não tinha a idade ainda de ingressar nestes últimos, pois eles eram ofertados a partir dos 14 anos (que estava próximo), então, mesmo que ainda não pudesse entrar, era uma possibilidade que elencávamos, ao mesmo tempo que buscávamos dizer que ela

poderia pensar sobre estes temas com calma e se permitir viver esta fase em que poderia ser cuidada por outras pessoas.

Paralelamente a estes atendimentos, a outra profissional do nosso trio seguiu fazendo atendimentos a sua mãe Maria no CAPSIJ, que pôde abrir da sua relação com o álcool, meses depois iniciou acompanhamento individual no CAPSad Reviver, passando por psicoterapia. Quando estava quase acabando meu período de estágio me recordo da média complexidade dizer que estavam pleiteando um BPC para ela devido às sequelas do AVC. Próximo ao fim do estágio, uma vez ao mês, passamos a realizar o atendimento de P com a presença de sua mãe, onde cozinhávamos juntas e tínhamos como objetivo trabalhar a relação das duas.

Nos primeiros atendimentos compartilhados elas entravam em muito conflito, em vários momentos as discussões quase terminavam em agressão. P confrontava Maria com perguntas do tipo: "porque você entregou minha guarda para o meu pai sabendo como ele era?" "Por que você me trata desta forma?" Maria não conseguia responder as perguntas e P ficava com raiva. Com o tempo e com a atividade, que era algumas vezes feita com música, as duas conseguiam vivenciar também outras formas de se relacionarem: rememoravam aspectos positivos da relação, reviam fotos de família e lembravam de histórias engraçadas da infância, abrindo espaço para risadas e outras formas de afeto. Conseguiram, deste modo, entrar em assuntos difíceis com mais facilidade e descontração. Maria conseguia também nestes momentos esboçar alguns movimentos carinhosos em direção a P.

A ideia era que P pudesse voltar para casa da mãe assim que existissem condições objetivas e subjetivas para que isso ocorresse. Apesar de suas dificuldades, Maria expressava o desejo de recebê-la e P de voltar a morar com ela. Um ponto importante é que a audiência do pai também havia sido marcada quando eu estava prestes a sair do serviço. Neste momento, a equipe técnica do abrigo havia iniciado também a aproximação e atendimentos mais regulares com a sua família extensa, irmãos e irmãs.

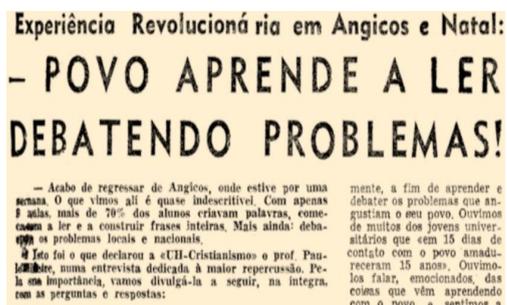
Em minha opinião esse caso demonstra algumas possibilidades de intervenção do terapeuta ocupacional que trabalha em saúde mental na vida de pessoas expostas a situações como estas. No meu ver, esta abordagem deve sempre transitar nos aspectos que abordei na introdução deste trabalho, macro e micropolíticos.

No trabalho com situações de violência deve-se abrir espaço para que a pessoa possa olhar para si, suas escolhas e relações, ao mesmo tempo que deve-se articular redes

e direitos. Neste caso, estávamos sempre atentos aos objetivos que eram definidos no PIA de P, os prazos, pessoas responsáveis, articulávamos reuniões com a rede, como com o CAPS que estava cuidando da sua mãe, o CT, média, alta complexidade e Vara da Infância e Juventude. Ao mesmo tempo que acompanhávamos P na elaboração de momentos difíceis de sua história e nos colocávamos ao lado dela para fazer planos e pensar no futuro.

Desse modo, fica evidente que a terapia ocupacional na atenção psicossocial possui contribuições importantes a estes casos, pois permite complexificar a abordagem a violência e pode se posicionar junto aos demais parceiros intersetoriais em uma postura colaborativa. A abordagem nestes casos, no entanto, possui limites claros, que ao meu ver são limites daquilo que o próprio acolhimento institucional se propõe a tratar e a falha das políticas públicas e de proteção social brasileiras.

2 GRUPO DE MULHERES: vivência com a educação popular e círculos de cultura no cuidado de pessoas expostas à situação de violência.



Neste capítulo pretendo relatar ações de grupos realizados com mulheres expostas a situações de violência. Espero com isso, poder refletir sobre o modo como estes grupos, ancorados na educação popular, podem ser capazes de contribuir para a construção do cuidado dessas mulheres, a partir da reflexão sobre a experiência da condução destes encontros.

A metodologia utilizada nestes grupos foram os Círculos de Cultura. Os Círculos de Cultura foram pensados pelo nosso patrono da educação, Paulo Freire, e representam conceitualmente um espaço dinâmico, de caráter dialógico, de aprendizagem e de troca de conhecimentos, fundamentado na pedagogia libertadora em que todas as pessoas que o integram participam por meio do diálogo, leem, escrevem, discutem e constroem o mundo em que vivem (CAVALCANTE et al 2016).

Concebidos na década de 1960, eram grupos compostos por trabalhadores populares, que se reuniam sob a coordenação de um educador, com o objetivo de debater assuntos temáticos, do interesse dos próprios trabalhadores, cabendo ao educador-coordenador mediar a discussão da temática trazida pelo grupo. Surgem no âmbito das experiências de alfabetização de adultos no Rio Grande do Norte e Pernambuco e do Movimento de Cultura Popular. Não tinham a alfabetização como objetivo central, mas a perspectiva de contribuir para que as pessoas assumissem sua dignidade como seres humanos e se percebessem detentores de sua história e de sua cultura, promovendo a ampliação do olhar sobre a realidade (DANTAS e LINHARES, 2013).

Os círculos podem ser didaticamente estruturados em momentos, tais como: a investigação do universo vocabular, do qual são extraídas palavras geradoras, a tematização e a problematização.

A investigação do universo vocabular nada mais é que a investigação da relação das palavras de uso corrente, entendida como representativa dos modos de vida dos grupos ou do território onde se trabalhará. Este momento permite o contato mais aproximado com a linguagem, as singularidades nas formas de falar dos sujeitos, e suas experiências de vida no local.

A partir destes encontros são extraídas palavras geradoras, que serão a unidade de orientação dos debates, de cada círculo de cultura. Por fim, é feita a tematização, ou seja, o processo no qual os temas e palavras geradoras são codificados e decodificados, buscando a consciência do vivido, o seu significado social, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão dos participantes sobre a própria realidade, na perspectiva de intervir criticamente sobre ela.

O importante não é transmitir conteúdos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. Já a problematização representa um momento decisivo e busca superar a visão ingênua, descrita por Freire, por uma perspectiva crítica, capaz de questionar o contexto vivido.

A ação de problematizar em educação popular impõe ênfase no sujeito prático que discute os problemas surgidos da observação da realidade com todas as suas contradições, buscando explicações que o ajudem a transformá-la. O sujeito, por sua vez, também se transformaria na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente.

Para Freire (2003), o diálogo possibilita a ampliação da consciência crítica sobre a realidade ao trabalhar a horizontalidade. A ampliação do olhar sobre a realidade com amparo na ação-reflexão-ação, e, o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização, permitem que homens e mulheres se percebam sujeitos históricos, o que implica a esperança de que, nesse encontro pedagógico, sejam vislumbradas formas de pensar um mundo.

E os círculos com as mulheres expostas à violência?

Narrativa

Estávamos reunidas para mais um dia, para mais um círculo, numa segunda-feira à tarde. Nós, no papel de mediadoras da discussão - animadoras do debate, como diria Freire, e as mulheres. Sentamos em roda. O círculo do dia tinha como tema: saúde da mulher e sexualidade. Levamos como disparador da discussão um vídeo de uma mulher negra, Maria Chantal, que compartilhava nele a relação que tem com seu corpo e com sua sexualidade.

As mulheres estavam animadas, ouvíamos risadas pela sala. Estavam presentes na sala mulheres de diferentes idades e com trajetórias de vida diversas. Ao passo que nos ajeitávamos para iniciar o vídeo e iniciar o círculo de cultura, chega Simone, com uma tipóia no braço. Além da tipóia no braço estava também com uma feição cansada e com olheiras. Todas preocuparam-se com ela e perguntaram como ela estava. Simone diz que não estava bem, pois fez recentemente uma cirurgia de urgência no tendão após agressão do marido. Conta que o seu marido a agrediu por ter negado sexo.

No dia que discutiríamos a respeito do corpo feminino e sexualidade nos deparamos com uma situação como esta. Coincidência? Simone diz que gostaria de participar da atividade mesmo assim. Pensamos em realizar um acolhimento desta situação ao final e seguimos com o círculo, pois nele discutiríamos um tema correlato a essa vivência e poderíamos voltar a ela coletivamente em algum momento da discussão. Simone, então, senta na roda junto às outras para assistir o vídeo.

Iniciamos a discussão após termos visto o relato de Chantal. Nela, as mulheres trazem espontaneamente sua relação com o seu corpo e sexualidade. Iniciam-se frases, como: "que nojo" "eu não me toco de jeito nenhum, acho feio demais".

"É normal não sentir prazer no sexo, né?" "Depois que a gente tira tudo não sente mais vontade, não é isso?" "Antigamente eu até gostava de beijar e tudo mais, mas nunca cheguei nos finalmente" "Eu não sinto prazer na penetração, será que é normal?" "meu marido é um homem bruto no sexo, veio do Ceará, será que é por isso que tenho dificuldades em sentir prazer?".

Algumas mulheres demonstram vergonha durante a discussão, enquanto outras falam alto e dão risadas. A partir disto, nós, enquanto mediadoras, vamos tentando ampliar estas questões e localizá-las também em um âmbito coletivo.

O que faz com que situações como esta ocorram com as mulheres? Porque sentimos vergonha ao tratar deste tema? Como se dá a relação com os nossos corpos?

Ao passo que discutíamos e introduzimos questões junto à elas, desvelávamos que os problemas que surgiam não eram apenas individuais. Conforme a conversa acontecia as mulheres evidenciavam, em suas falas, que estas vivências trazidas por cada uma eram individuais e singulares, mas localizavam-se também dentro de um sistema de opressão coletivo. Conforme elas foram trazendo de si, foi possível observarmos, por exemplo, que todas elas possuíam histórias correlatas quando o tema é a sexualidade e traziam relatos de que os seus corpos eram submetidos, dentro do casamento, a práticas, sem que na maioria das vezes elas quisessem - ou sentissem prazer.

Todas elas trouxeram que passaram por situações parecidas com a de Simone². Trouxeram que também sentem dificuldades em acessar cuidados ginecológicos em que possam se sentir respeitadas e não violentadas, mas relatam que a maioria destas questões e violências eram vividas de modo naturalizado em seu cotidiano, conforme traziam isso à cena. Nosso trabalho buscava contribuir para desnaturalizá-las e problematizá-las dentro do círculo, conforme elas compartilhavam as suas vivências.

Conforme vão trazendo as cenas de constrangimentos ginecológicos, por exemplo, revivem também o momento que foram dar a luz, sobre a dificuldade de poder escolher a forma que o parto aconteceria, de não poderem gritar no momento das contrações, de não serem corretamente anestesiadas e sobre a prática da episiotomia.

Vão seguindo ao longo da conversa listando uma série de desrespeitos, que vão se dando rotineiramente durante a rotina do casamento e que as fazem sentir-se com o interesse sexual diminuído, como comentários do tipo: "mas você está cansada de que? Passou o dia todo em casa". De sentirem que existe um trabalho imenso e invisível ao qual se dedicam, que não é de modo algum reconhecido pelos maridos ou pelas pessoas à sua volta. Dedicam-se, em sua maioria, ao cuidado dos filhos, da casa e ao cuidado de familiares doentes em tempo integral, ao passo que se sentem pouco cuidadas.

Simone compartilha que ouviu de sua família ao relatar da última agressão: "mas porque você quer se separar? Ele é um homem trabalhador. Como você vai fazer sem ele?" Algumas opressões encontram-se muito enraizadas, evidenciá-las e reconhecê-las dentro de um âmbito coletivo, pareceu ter uma importância para as suas vivências enquanto mulheres, que se encontram expostas a inúmeras práticas de violência, muitas vezes invisibilizadas.

² Nome fictício.

Ao fazer uma análise histórica, é possível perceber a existência de uma desigualdade motivada, pelo sexo, que torna a mulher objeto de violência, pois confere a ela um lugar de propriedade em uma relação que se constrói, desde a infância, por meio dos papéis de gênero e que se perpetua, de geração em geração, colocando-a em uma condição submissa. Esta subalternidade construída é proveniente de uma destituição de identidade cultural e histórica, e que torna natural e biológica esta relação de inferiorização (CARNEIRO, 2019).

Na realização dos círculos de cultura foi possível percebê-los enquanto um espaço potente para tornar visível essas relações e também desvelar outras relações de poder que se entrecruzam, como as motivadas pela raça e pela classe, e assim construir um sentido para elas dentro do coletivo do círculo.

Nos demais círculos discutimos sobre diferentes temas, como: filhos, relacionamentos, justiça, direitos e sonhos. Neles sempre fazíamos o movimento de partir das vivências individuais para as coletivas. Os círculos de cultura buscam não só desvelar essas forças e situações que incidem sobre a coletividade, mas também busca incentivar que os participantes encontrem saídas, também coletivas, para estes problemas.

Eram muito comuns nos círculos discussões relacionadas à afetividade. Mulheres que se perceberam com pouca rede de suporte e com relacionamentos interpessoais, como as amigadas, fragilizados, discutimos muito o tema da solidão. Nos círculos finais, como desdobramento destas discussões, fizemos juntas o levantamento dos recursos formais e informais existentes naquele território, como os recursos de lazer, profissionalizantes e de iniciativa comunitária e os últimos grupos aconteceram na associação de moradores, com o intuito de fortalecer as relações entre as mulheres presentes e as suas relações com bairro.

Nos encontros seguimos os passos relatados no início deste capítulo: 1. a investigação do universo vocabular, onde extraímos as palavras geradoras e decidimos coletivamente os temas, definimos um tema para cada círculo; 2. a tematização onde os temas e palavras geradoras eram codificados e decodificados, buscando a consciência do vivido e o seu significado social; 3. problematização, que nada mais é que o movimento de reflexão coletiva.

Para Freire, a educação popular pode promover a ampliação da visão de mundo. A relação educador-educando deve construir o conhecimento a partir de um **projeto político de sociedade**. Para ele, a educação e o diálogo são o único meio de revelar as relações opressivas vividas pelos homens. A conscientização, neste sentido, seria o olhar mais

crítico possível da realidade, que a “desvela” para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante (FREIRE, 1987)

Me lembro que no início em algumas supervisões destes grupos de educação popular me sentia confusa, pois me via diante de impasses para conduzir a discussão sem tender somente aos impasses individuais. Me lembro da supervisora também ter dificuldades em entender este impasse e dizer: "Ana, esta também pode ser uma forma importante delas elaborarem as violências que vivem". Sim, é verdade, pensei, a partir disto, que nos serviços de saúde ou no atendimento de pessoas expostas à violência, nem sempre criamos espaços para que as pessoas possam discutir a realidade e as opressões que vivem, na maioria das vezes invisibilizadas - e grande parte delas discorrem de fatos muito concretos. Essas mulheres, por exemplo, eram em sua maioria negras e todas pobres. Usuárias e vinculadas a políticas do SUS e do SUAS.

Me lembro de no primeiro dia deste grupo uma mulher relatar que achava que havia sido encaminhada para o grupo devido a morte do filho. O filho havia sido morto pela polícia, morto pelo Estado. A morte havia acontecido há oito anos e ela ainda sentia que não havia se recuperado deste episódio.

De certa forma, todos os problemas que decorrem da violência hoje em nosso país, também tem uma raiz política importante. Tenho pensado que é necessário reconhecer também estas questões para que esse sofrimento, que é coletivo, não seja vivido apenas em sua dimensão individual.

Isto dito, hoje vejo que Paulo Freire pode ajudar a nós, profissionais da saúde mental, a promover espaços de diálogos e reflexão sobre o mundo que vivemos, quando o tema é a violência e a nossa realidade. É importante que nós consigamos fornecer às pessoas ferramentas para que possam pensar sobre sua história e dificuldades singulares, mas também é uma possibilidade ofertar ferramentas para que possam ler a realidade, saindo do que Paulo Freire nomeia de visão ingênua de mundo, incentivando-as a nomear e a compreender situações que a atravessam enquanto sujeitos históricos, além de ajudá-las a criar respostas criativas para elas, incentivando a coesão e o pertencimento comunitário.

Segundo o nosso querido patrono, os Círculos de Cultura podem ser espaços de diálogo propícios para o exercício da consciência crítica. Para ele, o homem ao se relacionar com a realidade capta seus “nexos causais” o que implica compreensão da realidade, uma consciência. A consciência crítica acontece quando há a compreensão das

correlações causais e circunstanciais da realidade. “Por isso é que é próprio da consciência crítica a sua integração com a realidade” (FREIRE, 1967, p. 105).

Os Círculos de Cultura podem se constituir como um espaço dialogal e participativo que valoriza a comunicação e de onde emerge a consciência crítica, potencializando as ações dos sujeitos.

O círculo é “de cultura”, porque, muito mais do que o aprendizado individual [...] o que o círculo produz são modos próprios, novos e coletivos, de pensar. Todos juntos aprendem, de fase em fase, de palavra em palavra, que aquilo que constroem é uma outra maneira de fazer a cultura que os faz, por sua vez, *homens, sujeitos, seres de história* – palavras e ideias-chave no pensamento de Freire (BRANDÃO, 1981, p.44).

3 PRESENÇA VIVA DA SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO: ações de promoção de saúde mental no território de uma ocupação.

"A cidade do colonizado é um lugar de má fama, povoado por homens de má reputação. Lá eles nascem, pouco importa onde ou como, morrem lá; não importa onde ou como, é um mundo sem espaço. Eles vivem uns sobre os outros. A cidade do colonizado é uma cidade com fome. Fome de pão, de carne, de sapato, de luz. A cidade do colonizado é uma vila agachada, uma cidade ajoelhada."

Achile Mbembe (2018, p. 41)



Considero que teria outras temáticas relevantes para pensar e refletir, outras experiências para trazer para a discussão com quem lê este trabalho. No entanto, escolho as oficinas realizadas com crianças e adolescentes para a finalização deste último capítulo. Durante o período do R2 tive contato com outras abordagens importantes no cuidado à pessoa exposta a situações de violência, como a grupoterapia e a psicanálise, mas devido a extensão e possibilidades de aprofundamento deste trabalho, escolhi me deter a um último tema.

Como narrativa para este capítulo escolhi algumas fotos, pois considero que, de certa forma, elas podem me ajudar a contar uma história e introduzir uma reflexão. As reflexões que eu gostaria de compartilhar surgiram a partir da minha inserção e de mais um residente como apoio na referência em saúde mental no território de uma ocupação, no município de Campinas.

Nossa inserção nessa ocupação se deu a partir de duas frentes, a primeira delas foi por meio da proposta de integração com o Centro de Saúde que a referencia, na equipe responsável por este território; e a segunda aconteceu a partir da colaboração nas atividades de um projeto de pesquisa e extensão universitária da UNICAMP, intitulado: “Promoção de cidadania e saúde em aglomerados subnormais”. Esse projeto pretende dar continuidade ao projeto “Formação de Agentes para construção de Cidadania, Saúde e Democracia por meio do Método Paideia” e tem como objetivo promover cidadania, discussões e acesso aos moradores da ocupação em relação a direitos relacionados à saúde e à moradia, realizar visitas às famílias a fim de conhecer os problemas de saúde prevalentes e compartilhá-los com a equipe da unidade básica de saúde.

Nossa presença nesse território veio como forma de complementar a carga horária prática do nosso campo de estágio. Devido a vulnerabilidade em que este território se encontrava, o número crescente de famílias e as crescentes demandas de cuidado em saúde - e saúde mental, elaboramos uma proposta e objetivos para nossas ações em campo, foram eles: 1. Identificar barreiras de acesso aos cuidados em saúde e saúde mental das pessoas que residem neste território; 2. Elaborar estratégias capazes de contribuir com a redução dessas barreiras; 3. Conhecer, construir referenciamento e fortalecer a rede (intra e intersetorial) de atenção dos casos com necessidades de cuidado; 4. Oferecer cuidados e atendimentos em saúde mental; 5. Elencar, junto à equipe de referência do centro de saúde, os casos que serão atendidos pelos residentes; 6. Promover, em parceria com o projeto de pesquisa e extensão da UNICAMP, ações e oficinas para as

crianças e adolescentes, criando um espaço permanente de brincadeiras, diálogo e promoção de saúde mental;

Neste capítulo eu gostaria de me debruçar sobre este último item, as oficinas. Estas oficinas aconteciam semanalmente no território desta ocupação e eram abertas a quaisquer crianças ou adolescentes que quisessem participar. Os encontros se davam de forma livre, na própria ocupação e tinham como mediadores principais atividades e brincadeiras. As oficinas tinham, em média, a presença de pelo menos quinze crianças e adolescentes, chegando até aproximadamente trinta em dias mais cheios.

Considero que estas ações têm o potencial de serem nomeadas como ações de promoção de saúde mental, pois ofereceram um espaço constante e estável onde era possível que participassem e exercessem um direito essencial para esta faixa etária: o direito de brincar, de serem ouvidos e de se expressarem livremente.

Estas ações também abriam espaço para que estas crianças e adolescentes fortalecessem o vínculo entre si e conosco profissionais, representantes da atenção psicossocial naquelas ocasiões. Percebíamos que nossa presença nessas oficinas permitia com que conhecêssemos e fôssemos conhecidos por grande parte dos jovens que lá residiam e que eles pudessem construir uma relação de confiança conosco, dirigindo a nós também ocasionalmente pedidos de escuta e conversas quando sentiam necessidade.

Estes encontros me fizeram pensar sobre a forma que nos relacionamos com os nossos territórios, como construímos ações coletivas para determinadas populações e como criamos, para os territórios de nossa referência, principalmente àqueles atravessados por violências de diversas naturezas, ações reparadoras e promotoras de saúde e convivência, a partir do Estado Brasileiro, que tanto viola os direitos que deveria promover.

As ações me levaram a alguns questionamentos enquanto profissional de saúde mental e eu gostaria de compartilhá-los, pois acredito que elas surgiram como efeito destas ações:

Como, nós profissionais da SM, nos relacionamos com os territórios de nossa referência? Nós conhecemos os modos de viver e sofrer da população que assistimos? Conseguimos pensar as suas demandas de cuidado em uma dimensão coletiva? De que forma conseguimos oferecer a estes territórios, além da atenção aos agravos, oportunidades de prevenção, de fortalecimento comunitário e de promoção da saúde mental? As equipes do NASF e do CAPS poderiam ter (ou tem de fato) em seu rol de ações

atividades que também caminhem neste sentido em seus territórios de abrangência? Como cuidar de temas tão complexos, como o adoecimento psíquico e a violência, sem uma abordagem de fato coletiva e comunitária?

A partir destes questionamentos pude me aproximar e conhecer autores que defendem que é importante que olhemos para a Promoção de Saúde Mental como um compromisso do SUS e também da atenção psicossocial.

Além de tratar quem precisa, o SUS, e a saúde mental especialmente, necessitam avançar no desenvolvimento de ações que possam promover saúde mental. Para isto, para esses autores, o fortalecimento dos vínculos sociais, a construção de redes de apoio comunitárias e o sentido de pertencimento em um grupo ou comunidade podem se apresentar como fatores protetivos.

Uma destas autoras que conheci, importante para pensar a saúde mental da população infantojuvenil, Cristina Ventura, escreveu:

A SMCA [saúde mental de crianças e adolescentes] precisa desenvolver ações de promoção de saúde mental que possibilitem às crianças e jovens compartilhar espaços onde a sua palavra tenha valor, seu pertencimento e reconhecimento social, cultural e comunitário tenham sentido, onde seja possível compartilhar impasses, estratégias de lida, ampliar solidariedades e sociabilidades, de tal forma que experiências de desamparo, abandono, ausência de projetos de futuro, e outras, não se imponham como as únicas experiências humanas possíveis - como parece estar sendo a realidade para uma enorme legião de meninos, meninas e jovens nas diversas comunidades pobres do país onde, mesmo não apresentando problemas mentais, ficam expostos a diversos fatores de risco para saúde mental (COUTO&DELGADO, 2016 pg. 165).

No que tange ao mandato da atenção psicossocial, nota-se que este poderia representar muito mais do que um mandato estritamente terapêutico, intervindo cotidianamente na cultura local ao reconhecer, por exemplo, vulnerabilidades sociais e os recursos comunitários disponíveis para a construção de novos projetos de vida, apoiada em uma rede de cuidados.

Segundo Lancetti (2004) as intervenções psicossociais são mais eficazes se operadas no território existencial onde as pessoas vivem, trata-se de intervenções mais complexas exatamente por serem estratégias construídas colocando em cena todas as incoerências e diversidades cotidianas, da clínica que é feita no dia a dia. Para o autor (LANCETTI, 2004, p. 69):

Na saúde geral os procedimentos de maior complexidade são realizados em hospitais e centros cirúrgicos. Na saúde mental a complexidade é invertida, pois os procedimentos mais complexos acontecem na comunidade e os mais simplificados no hospital psiquiátrico.

Como nos aponta Delgado (2007, p.61) “não existe um território que seja igual ao outro, o que fazemos é transformar o território em lugares de produção de cuidado”. Assim, é preciso se aproximar do lugar onde esses meninos vivem, saber como vivem, de que forma brincam, quais atividades despertam maior interesse e como lidam com as dificuldades cotidianas e enfrentam a violência. É necessário que a construção de estratégias para promoção de saúde mental dialogue com a vida real das crianças e adolescentes moradores das diferentes comunidades - penso que o mesmo possa valer também para a população adulta.

A injustiça social tem impactos na saúde mental de pessoas que vivem na pobreza, causando carga desproporcional de sofrimento psíquico e consequências adversas. Sabe-se que a maioria dos problemas de saúde mental são resultado de vidas sofridas, condições e ambientes que impeçam a construção ou o acesso ao suporte social (WHO, 2005). Diante disto, podemos compreender a saúde mental como a capacidade de construir relações, redes, pontos de ancoragem, fundamentais para a vida das pessoas, promover a saúde de uma comunidade está intimamente relacionado a direitos como estes que a população tem (ou não) acesso.

Assim, essa experiência me fez pensar sobre como, nós profissionais da saúde mental, podemos nos aproximar dos territórios e cumprir a função da atenção psicossocial, que além de intervir em agravos já identificados, pode promover espaços de cuidado ampliados no território, em especial, naqueles atravessados por todos tipos de violência, como violências de Estado e com barreiras de acesso à direitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É impossível falar sobre história única sem falar sobre poder. Existe uma palavra em igbo na qual penso quando considero as estruturas de poder no mundo: nkali. É um substantivo que, em tradução livre, quer dizer “ser maior do que o outro”. Assim como o mundo econômico e político, as histórias também são definidas pelo princípio de nkali: como elas são contadas, quem as conta, quando são contadas e quantas vezes são contadas. O poder é a habilidade não apenas de contar uma história de outra pessoa, mas de fazer que ela seja sua história definitiva... A história única cria estereótipos, e o problema com os estereótipos não é que sejam mentira, mas que são incompletos. Eles fazem com que uma história se torne a única história... Sempre senti que é impossível se envolver direito com um lugar ou uma pessoa sem se envolver com todas as histórias daquele lugar ou daquela pessoa. A consequência da história única é esta: ela rouba a dignidade.

Chimamanda Ngozi Adichie

Chegando ao fim desse percurso, gostaria de me aproximar um pouco do raciocínio desta escritora africana, a Chimamanda, pois penso que a maior contribuição que a atenção psicossocial possa trazer no cuidado e atenção de pessoas expostas à situações de violência seja estar ao seu lado na construção de narrativas e histórias sobre o que lhes aflige, fugindo dos perigos da história única que podem ser contadas sobre estes fatos e também sobre elas. Espera-se, com o trabalho em saúde mental, que as histórias de violências contadas pelas pessoas não se coloquem como uma história única em suas vidas.

Penso que a maior contribuição da saúde mental a este tema possa ser dar visibilidade aos atos de violência, tirá-los do campo do inominável, nomeá-los, não inviabilizá-los. De Paulo Freire, passando por Freud, a autores da saúde coletiva e Terapia Ocupacional. Considero que neste percurso foi possível ter contato com muitos autores e referenciais que podem contribuir para a construção do cuidado de pessoas expostas a estas situações.

No fim deste trajeto, considero que a atenção psicossocial possa auxiliar os sujeitos a construir saídas criativas para aquilo que os vitimiza, auxiliar no processo de elaboração de situações violentas, dar lugar às narrativas de sofrimentos, ao mesmo tempo que deve os auxiliar a compor redes e acessar direitos para o enfrentamento de tais situações. Penso, com isto, que a ação da atenção psicossocial deva estar sempre ao lado

daqueles que se encontram oprimidos (e não por isso passivos). Ou seja, ao lado daqueles que historicamente o campo social vem atribuindo mazelas. Este me parece ser um norte ético inegociável. Mulheres, crianças e adolescentes, pobres, todos aqueles que cotidianamente encontram seu estatuto de cidadão ameaçados, em suma, as pessoas que tem sido mais vítima de violências e injustiças em nosso país. Assim, a atenção psicossocial tem a possibilidade de exercer uma função reparadora representando o Estado Brasileiro, que cotidianamente também viola os direitos daqueles que deveria promover.

Neste trabalho não me detive a definição da violência devido o seu grande espectros de definições. No entanto, considere a violência em seu sentido amplo, tal como apontado pela cartilha do Ministério da Saúde:

Fala-se violências num plural ampliado que inclui desde as que são decorrentes históricas de políticas e modelos econômicos, capazes de produzir exclusão e segregação, trazendo consequências para uma cidadania precária, até as formas culturalmente arraigadas e banalizadas... esse fenômeno se configura de forma estrutural na não ampliação de políticas educacionais, sanitárias ou econômicas que mantém as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2006. pg. 44).

Além da violência estruturante de nossa condição social brasileira, tal qual descrita neste trecho, também temos outros tipos de violência que se fazem muito presentes nos cotidianos dos brasileiros. As violências auto infligidas, as violências interpessoais e as violências coletivas (MINAYO, 2010).

Neste período foi possível perceber que a violência é influenciada por inúmeros fatores subjetivos, pelo gênero, pela classe e pela raça. Apesar da dificuldade de conceituação da violência, não resta dúvidas de que se faz necessário que a atenção psicossocial debruce-se cada vez mais sobre estes temas e publicize cada vez mais as suas experiências de intervenções nestas situações, pois independente das dificuldades de conceituação, foi possível perceber que suas manifestações provocam - ou são provocadas - por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem sofre e de quem a presencia.

Neste trabalho, busquei relatar três experiências: a primeira de uma adolescente acolhida institucionalmente e o processo de construção de um espaço para o seu cuidado subjetivo, outra de uma iniciativa de grupo de mulheres, ancorados na proposta da educação popular e outra de ações de promoção de saúde mental no território de uma ocupação. Todas as abordagens e tecnologias de cuidado contribuíram para a minha

formação enquanto Terapeuta Ocupacional, embora todas elas também apresentem seus limites.

Em relação a construção do cuidado em Terapia Ocupacional, foi possível observar que através da construção de atividades, buscou-se construir um alinhamento com P entre situações de seu passado, seu presente e possibilidades de futuro. O espaço de atendimento em Terapia Ocupacional pôde se dar como um espaço de elaboração de momentos difíceis, ao mesmo tempo que também pôde se constituir como um espaço que buscou oferecer estabilidade, confiança e esperança. Os principais limites encontrados neste percurso foram os próprios limites dos serviços de acolhimento institucional e as falhas na proteção social dos cidadãos brasileiros que ainda se fazem muito presentes. P e sua família, assim como muitos outros, encontram-se à margem do sistema capitalista e lidam com entraves nas políticas de proteção e garantia de direitos, que em muitos momentos não se efetivam e quando se efetivam operam beirando o controle e a punição da população das camadas mais populares.

Já as iniciativas dos grupos de Educação Popular mostraram-se como uma ferramenta capaz de evidenciar e colocar em questão com as participantes situações e sistemas de opressão coletivos que atravessam suas existências, colocando em cena a discussão sobre temas que têm profunda conexão com as violências que vivem. Nesses grupos os principais temas discutidos foram: sonhos, relacionamentos, justiça e direitos, ser mulher, ser negra e pobre no Brasil. A educação popular permite que as pessoas não vivam seus sofrimentos coletivos apenas em sua dimensão individual e pode ser uma ferramenta para a promoção da consciência crítica e promoção da coesão social e de laços comunitários. Os principais entraves encontrados nesta experiência foram a nossa própria inexperiência com a abordagem e a falta de pares que utilizassem esta abordagem na saúde mental para discussão, assim como a incipiente produção bibliográfica da aplicação dos círculos de cultura nestas situações.

Por fim, considero que as iniciativas relatadas no território de uma ocupação trouxeram questionamentos importantes sobre a forma como, nós profissionais de saúde mental, nos aproximamos de nossos territórios de referência e podemos produzir cuidado na comunidade em uma perspectiva ampliada e coletiva. Nesta experiência, os principais entraves encontrados foram a dificuldade de construção de parcerias com os dispositivos que poderiam operar como parceiros e, até mesmo, protagonistas destas ações, como a equipe do NASF e dos CAPS. Assim como a falta de tradição dos serviços de saúde em pensar em ações como estas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benghozi, P. Traumatismos precoces da criança e transmissão genealógica em situação de crises e catástrofes humanitárias: desemalhar e reemalhar continentes genealógicos familiares e comunitários. In: CORREA, O. (Org.). **Os avatares da transmissão psíquica geracional**. São Paulo: Escuta, 2001. p.89-100
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, 20-28.
- Brandão, C. R. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- Brasil. Ministério da Saúde, **Violência faz mal à saúde** / Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al. – Brasília:, 2006b. 298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Carneiro, S. (2019). **Escritos de uma vida**. Pólen Produção Editorial LTDA.
- Cavalcante, A. S. P. Ribeiro, M. A., Tomás, S. M. C. Vasconcelos, M. I. O., Albuquerque, I. M. A. N., Mira, Q. L. M., & Queiroz, M. V. O. (2016). Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 18 (4), 124-131.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2016). Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, organizadores. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Editora Hucitec, 161-92.
- Daltro, M. R., & de Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e pesquisas em psicologia**, 19 (1), 223-237.
- Dantas, V. L.; Linhares, A. M. B. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de educação popular em saúde: volume 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 73 – 76.
- Delgado, P. G. G. (2012). **Violência e saúde mental: os termos do debate**. O social em questão 187-197
- Eizirik, C. (2006) **Sobre a prevenção da transmissão transgeracional da guerra, do ódio e da violência: uma perspectiva psicanalítica**.
- Freire, P. (2003). **A importância do ato de ler**.
- Freire, P. (1987). **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e terra. Pedagogia da autonomia.
- Freire, P. (1967). **Papel da educação na humanização**.
- Gulassa, M. L. C. R. (2010). Novos rumos do acolhimento institucional. São Paulo: **NECA-Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente**.

Lancetti, A. (2004). Notas sobre clínica e política. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 7, 67-69.

Leal, E. M., & Delgado, P. G. (2007). **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização**. Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc, 137-154.

Mbembe, A. (2021). **Necropolítica**. n-1 edições.

Moreschi, M. T. (2018). **Violência contra crianças e adolescentes: Análise de cenários e propostas de políticas públicas**.

Onocko Campos, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e saúde coletiva v.10 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2005**.

Salles, M. M., & Matsukura, T. S. (2013). Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil/Systematic review study on the use of the concept of daily life in the field of occupational therapy in Brazil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 21 (2).

Sanches, R. M.; Parente, A. M.; Moraes, A. L. G. Psicoterapia analítica de crianças em situação de abandono: uma visão winnicottiana. In: R. M. Sanches (Org.). **Winnicott na clínica e na instituição**. São Paulo: Escuta, p. 109-132, 2005.

Silva, A. A., Luiz, C. C. A., Onocko-Campos, R. T. Leal, E. M., Lopes, G. P. D., & Dainezi, J. A. (2021). **Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário**. Vínculo, 18 (1), 42-52.

Silva, M. C. P. (2005). O fenômeno transgeracional ilustrado em três momentos da vida - na infância precoce, na adolescência e na vida adulta. In Barone, L. M.C; Arruda, A. P de B; Augusto, J. P.; F.; Saddi L. & Freitas, S. R. M. S. (Orgs.). **A psicanálise e a clínica extensa - III Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos**. Escrito. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 341-370.

Souza, M. L. R (2005). **Violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, E. R. D., & Minayo, M. C. D. S. (2010). Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, 15, 2659-2668.

World Health Organization (2005): **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice** : report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne / [editors: Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie].