



Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental



THAÍS ALMEIDA ALVES

**Saúde Mental e atenção à crise:
entre escolhas e possibilidades de criação de mundos e repressão de vidas**

Campinas/São Paulo
2020

Thais Almeida Alves

**Saúde Mental e atenção à crise:
entre escolhas e possibilidades de criação de mundos e repressão de vidas**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), como requisito à obtenção do título de especialista em saúde mental.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Emerich

CAMPINAS
2020

entre a terra e o pão
entre descuido e cuidado
na psiquiatria das palavras
na etimologia da mente
na ontologia do que quer que seja
[e sempre pode ser]
a pergunta sempre paira
qual é o limite entre
a tutela e a displicência?
marx não responde
freud não explica

a resposta está no engenho
de dentro, onde
a mente é o estado de espírito
o espírito é o estado das coisas
e as coisas são tudo o que são

vozes que não falam
gestos universais
desorganização
a crise
decompõe
dissocia-se
e o grito ressoa:
- não contenha!

viva e deixe viver
deixe viver
a cabeça explora outros espaços
o sentido cria a desumanidade
é preciso marcha ré-
pensar
aprender
apreender

e o engenho trabalha
a saber sempre:
o não-ser pede a loucura e,
a loucura é humana
e o humano é o estado de tudo

- aninha aninha

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	5
2. Introdução.....	7
2.1. A crise enquanto constituinte do ser humano.....	7
2.2. Uma breve contextualização da loucura e da crise na saúde mental.....	9
3. Desenvolvimento.....	12
3.1. A crise não é uma entidade.....	13
3.2. O olhar para o sintoma.....	16
3.3. A importância das instituições de saúde como componentes do cuidado.....	19
4. Conclusão.....	23
5. Considerações finais.....	25
6. Referências.....	26

1. Apresentação

Nos dois últimos anos que se passaram na minha vida, tive como principal atividade o ser/estar enquanto psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Foi um processo intenso em experiências, em demandas e em horas, no qual se destacou a oportunidade de me pensar, repensar, acertar, errar, aprender, apreender. Vivi o caos, a reorganização, a ordem, a desordem, novos caos e incontáveis experiências transformadoras.

Trabalhei de forma multiprofissional, me vinculei a serviços diferentes, fiz pesquisa, conheci profissionais inspiradores...Refleti muito sobre o que quero e, ainda mais, sobre o que não quero fazer e ser enquanto psicóloga e quem sabe futura trabalhadora da rede de saúde mental.

Nesse trabalho, que marca a conclusão dessa etapa tão intensa da minha vida, falo considerando as diferentes implicações de ser residente. De ser estudante, psicóloga, parte da equipe e externa à equipe ao mesmo tempo. Desse lugar esquisito de quem chega a trabalhar mais horas que os profissionais de um serviço e não é desse serviço. De quem está com um pé dentro e um pé fora a quase todo momento.

Tendo isso em vista, minha proposta é discutir sobre sujeitos em crise, temática que atravessou minha experiência nos principais espaços que estive: Movimento da Luta Antimanicomial de Campinas, CAPS III Álcool e Drogas e Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral.

As ideias e pensamentos sobre o cuidado (e descuidado) às pessoas em momentos de crise me surgiram a partir de dúvidas e inquietações que pretendo apresentar mais adiante. Escrever foi um processo de me revisitar e encontrar comigo, com pessoas que convivi e com escritas de outras pessoas que tiveram questionamentos parecidos e tentaram dividir seus conhecimentos.

O “como fazer” também foi uma escolha. Garanti que a maioria das referências usadas fossem de mulheres, afinal, no Brasil, entre 2014 e 2017, 72% da produção científica foi assinada por mulheres (Tokarnia, 2019). Além disso, as mulheres são maioria nos programas de pós graduação no país (Brasil, 2017) e a academia pouco reflete isso.

Ainda sobre o modo de fazer, um dos meus maiores desafios foi tentar escrever de uma forma simples, pois acredito que de nada adianta ficarmos discutindo apenas entre o pequeno grupo de pessoas com acesso ao ensino superior no Brasil.

Nesses dois anos de aprendizado, meus maiores momentos de crescimento foram no encontro com as pessoas que pude atender e trocar experiências e saberes: é pra vocês, que são chamados(as) de usuários(as) do SUS por algumas pessoas, por outras de pacientes, por muitas chamados(as) de loucos(as) e/ou de drogados(as); é pra vocês que escrevo, porque foi por ter tido a oportunidade de me encontrar com vocês que agora posso escrever esse trabalho.

2. Introdução

2.1. A crise enquanto constituinte do ser humano

Toda aventura humana
Por mais sagrada
Por mais profana
É frágil feito um barco de papel
Forfun

Ser humano, ser pessoa, ser sujeito, ser indivíduo. São muitas as possibilidades do que podemos ser, mas uma coisa é clara: apesar das diferenças culturais, sociais, de histórias de vidas e de singularidades, sabemos que temos algo em comum, algo que faz a todos nós humanos.

Não faltam sugestões, ideias e teorias que tentam buscar esse comum em meio a tantas diferenças. Com esse trabalho não quero esgotar e nem tentar responder essa questão, mas me debruçarei sobre algo que é próprio à toda forma de vida humana: a crise.

Apesar do tom negativo que essa palavra pode carregar, a crise também pode ser entendida como um componente necessário ao desenvolvimento. Na psicologia histórico-cultural, por exemplo, a periodização do desenvolvimento é pensada a partir da lógica dialética, concebendo o elemento histórico, o meio social e cultural como determinantes nesse processo. Ao longo do desenvolvimento os períodos de crise são tidos como produtores de “mudanças e rupturas bruscas e fundamentais na personalidade em um tempo relativamente curto, culminando em uma reestruturação das necessidades e motivos da criança e de sua relação com o meio” (PASQUALINI, 2009, p. 36). Essa ideia é expandida para além da infância e mostra que as crises estão estritamente relacionadas com mudanças qualitativas no psiquismo humano.

Outra possibilidade de pensar as crises é entendê-las como movimentos de desterritorialização, como “territórios perdendo a força de encantamento; mundos que se acabam; partículas de afeto expatriadas, sem forma e sem rumo” (ROLNIK, 2016, p.36). A partir desses movimentos, os afetos, na busca por novas passagens, podem levar à movimentos de territorialização, isto é, de construção de novos mundos. Sendo assim, a crise também pode ter um caráter de criação.

Nos diferentes e, ao meu ver, complementares entendimentos é concebível o pressuposto de que somos seres sociais e estamos sempre em relação. Essas relações podem

se dar conosco, com nossos desejos e anseios; com pessoas à nossa volta, como família, amigos e vizinhos; com a comunidade na qual vivemos e pelas quais transitamos; com os arranjos políticos, sociais e econômicos das cidades, estados, países e até do mundo! Tudo que nos cerca, que podemos por hora chamar de contexto, de alguma forma nos afeta e passa por quem somos.

Como vivemos sempre em relação (que nos afetam), a crise também evidencia essas relações. Com isso, quero dizer que as pessoas em crise não estão em crise isoladamente, mesmo quando se sentem assim. Até os sentimentos e angústias mais particulares estão sempre em relação. Esse é um dos motivos pelos quais quando pensamos e olhamos para as pessoas precisamos ter em mente que são pessoas únicas que se constituem de relações igualmente únicas. Inclusive, nosso olhar e nossas ações também estão postas em relação.

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) apontam que no contexto em que vivemos as situações que são chamadas de “crise” estão tomando dimensões cada vez maiores e citam como exemplos crise da adolescência, crise do capitalismo, crise de valores, crise existencial e, também, a crise psicótica, que será abordada com mais detalhes ao longo deste trabalho.

Logo, é possível dizer que situações de crise existem em todas as esferas da vida humana em sociedade, estando presentes na composição de subjetividades, práticas culturais e organizações sociais. **Tendo as crises como inerentes à vida, será que não podemos entender que elas também podem ser produtoras de vida?** Até porque, ainda que possam evidenciar sofrimentos e situações latentes, as crises também são potencial de mudança e transformação, de movimentos e reorganizações no nosso psiquismo e nas relações que fazem parte de quem somos. Em resumo, “o que parece tão absoluta e irreversivelmente desastroso - a ‘crise’ - [...] pode ser vivido de mil outras maneiras e até revelar-se como potencializador” (ROLNIK, 2016, p.110).

Foi pensando nessa concepção de crise, como processo comum e constituinte de todo e qualquer ser humano, que me surgiu o primeiro questionamento que mobilizou esse trabalho: **se crise geralmente marca uma quebra com a realidade anterior ou um processo de desenvolvimento, por que, na saúde mental, muitas vezes a melhora é vista como sinônimo de retorno ao estado basal?**

Para tentar responder essa questão, penso que é necessário uma retomada histórica de quais são as crises entendidas como objeto da saúde mental. Só assim será possível refletir

sobre como as concepções de crise e de sujeito interferem nas ofertas de cuidado e, conseqüentemente, na produção de saúde e doença.

2.2. Uma breve contextualização da loucura e da crise na saúde mental

Não há muito tempo, ela se debatia em plena luz do dia: é o *Rei Lear*, era *Dom Quixote*. Mas em menos de meio século ela se viu reclusa e, na fortaleza do internamento, ligada à Razão, às regras da moral e as suas noites monótonas.

Michel Foucault

Foucault (1989) conta que o enclausuramento da loucura começou junto com o enclausuramento de outras pessoas não desejadas na sociedade capitalista e moralmente julgadas. Eram separados da sociedade os pobres, desempregados, “jovens que perturbavam o descanso de suas famílias, vagabundos e insanos” (FOUCAULT, 1989, p.55). Sendo assim, inicialmente o internamento era marcado por questões econômicas, sociais, políticas, religiosas e morais¹.

Para o autor, a ligação específica entre a loucura e o internamento começa no século XVII, com uma função semi-jurídica. Um termo muito usado na época era “furor, [...] um termo técnico da jurisprudência; [que] designa de modo preciso uma das formas da loucura. [...] Internar alguém dizendo que é um furioso [...] é um dos poderes que a razão clássica atribui a si mesma, na experiência que teve da loucura” (FOUCAULT, 1989, p. 112).

É no século XVIII que o pensamento médico se aproxima da loucura e, mais especificamente, da prática do internamento. O confinamento passa a ser explicado como garantia de segurança para a sociedade contra os supostos perigos da loucura (FOUCAULT, 1989).

Nessa história de como a loucura tem sido percebida, nos *não tão* antigos manicômios, e na saúde mental como um todo, a crise ocupa um lugar importante. Isso porque foram e são as “crises” e “surtos”, por incomodar, muitas vezes usados como justificativa para que as pessoas fossem e continuem sendo contidas e isoladas.

¹ Ainda hoje, séculos depois, as internações são atravessadas por essas questões. O livro “o holocausto brasileiro”, escrito pela jornalista Daniela Arbex e publicado pela primeira vez em 2013, é um exemplo de obra que retrata esse cenário no Brasil e denuncia os maus tratos ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais.

Atualmente, mesmo com as contribuições da Reforma Psiquiátrica Brasileira², a crise ainda ocupa um lugar de importância. Como novos espaços de acolhimento para as pessoas em crise, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta principalmente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e leitos de saúde mental e psiquiátricos. Para além dos serviços de saúde, a manutenção do destaque à crise pode ser percebida a partir da observação de em qual momento da vida e de que forma as pessoas chegam a esses serviços.

Não é incomum que cheguem apenas quando um episódio de crise preocupa, assusta ou incomoda algum familiar, conhecido, vizinho ou mesmo um desconhecido que passa e fica desconfortável. Também não é incomum que o primeiro acesso dos usuários seja via emergência após algum “surto”. Igualmente comum é descobrirmos sobre pessoas loucas que vivem em suas comunidades sem acompanhamento dos serviços territoriais, aquelas que “não dão trabalho”, mas que não podemos ignorar seus sofrimentos. De certa forma a saúde mental ainda se ocupa principalmente daqueles que incomodam e esse incômodo surge muitas vezes de situações de crise.

Ainda assim, é inegável o avanço da Reforma Psiquiátrica na busca por outras formas de cuidado ao sofrimento e à crise, mas nesses processos é importante pensarmos quais são os discursos ouvidos. Basaglia (2010) fez um apontamento importante de que a história da loucura é a história que a razão conta sobre a loucura, um monólogo que tenta obrigar que a linguagem do louco siga a mesma lógica da linguagem de quem escuta e julga a loucura.

No Brasil, a saúde mental especializada trabalha geralmente para pessoas com quadros de psicoses, neuroses graves e abusos de substâncias psicoativas. E, infelizmente, ainda hoje, são predominantemente as vozes dos profissionais da saúde mental que definem quem são as pessoas atendidas, o que é entendido como crise e como cuidar dela. Tudo falado na linguagem dos “doutores”. Há também situações nas quais as falas de acompanhantes são ouvidas primeiro e são mais valorizadas do que a dos usuários.

São poucos os espaços em que ouvimos e consideramos a experiência narrada da crise como ela se dá na vida dos sujeitos em sofrimento e menor ainda os espaços acadêmicos nos quais essas vivências possuem voz e podem falar de si.

² Nome dado aos movimentos antimanicomiais que começaram no Brasil entre as décadas de 70 e 80, tendo como um dos marcos importantes de consolidação a lei nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Contudo, nem mesmo os profissionais da saúde mental formam um coletivo com vozes igualmente ouvidas. Historicamente tem sido o olhar da medicina e, mais especificamente, da psiquiatria que possui maior poder sobre essas concepções.

Na medicina, tradicionalmente, o encontro entre médico e paciente acontece no corpo anatômico do paciente. Isso significa que não se trata de um encontro real, mas do encontro de um sujeito (médico) com um corpo transformado em objeto (paciente). (BASAGLIA, 2010).

Quando olhamos para a psiquiatria, apesar dos esforços em encontrar determinantes biológicos para a loucura, fica evidente que esse encontro não pode se dar no corpo orgânico (BASAGLIA, 2010). Nesse sentido, Jardim e Dimenstein (2007, p. 4) apontam que “é a crise que ajudará a produzir a prova de realidade que o psiquiatra precisava para funcionar enquanto médico, constituindo em doença mental a demanda que chega a ele, conduzindo e autorizando o internamento”.

A partir da lógica de que toda doença tem uma causa, a causa da “doença mental” foi explicada pela noção de “crise”. As crises, entendidas como desequilíbrio, são tidas como responsáveis pelo adoecimento psíquico e, assim, justifica-se a intervenção com o objetivo pontual de adaptar as pessoas que estão desequilibradas e desajustadas (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Uma das características predominantes da compreensão psiquiátrica de crise é a agudização de sintomas. Fora dos muros dos manicômios é a medicação que busca a normalização da crise e a redução desses sintomas. Para Jardim e Dimenstein (2007, p. 8), a medicação “passa a ser item indispensável para uma pseudo convivência, visto que o louco não é acolhido por ela [sociedade], mas sobrevive a sua margem”.

Sendo assim, nessa concepção de crise, quando as medicações não são suficientes para lidar com ela,

“utilizam as mais antigas táticas: a contenção mecânica, o confinamento nos asilos, a violência simbólica e física. Se o paciente está em crise, eles devem ser estabilizados. Isso, na linguagem médica, quer dizer: medicados e contidos. Ainda hoje os livros de psiquiatria trazem capítulos inteiros sobre eletroconvulsoterapia, que é indicada como tratamento para as urgências psiquiátricas” (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p. 8).

3. Desenvolvimento

Como pessoas, não mais como corpos sem palavras, eles, que foram chamados de “doidos”, denunciam a loucura dos “normais”.

Eliane Brum

Aqui inicia-se um convite para pensar outras possibilidades de cuidado às pessoas em crise na interface com a saúde mental. Para tal, apresentarei recortes de três casos clínicos que acompanhei durante o período em que essas pessoas estiveram internadas na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Geral no qual estive no segundo ano do programa de residência.

Figueiredo (2004) reforça que o caso clínico não é o sujeito, mas uma construção baseada em elementos do seu discurso; produto de intervenções do analista. Os casos apresentados não serão abordados no total de suas complexidades, mas a partir de fragmentos entendidos como fundamentais ao cuidado e que envolvem manejo à situações de crise.

A Enfermaria de Psiquiatria na qual estive possui quatorze leitos de internação. Os leitos são mistos, não há número específico de vagas masculinas e femininas e, apesar de ser uma enfermaria pensada para adultos (maiores de 18 anos), interna pessoas de diferentes faixas etárias, o que é explicado pela ausência de internações especializadas para menores de idade no município. A equipe é composta por profissionais da Enfermagem e Psiquiatria Docentes que supervisionam os residentes de psiquiatria. Também compõem o cuidado oferecido, duas residentes multiprofissionais (nesse momento eu e outra psicóloga) e pessoas voluntárias dos programas de treinamento em serviço de avaliação psicológica, terapia cognitivo comportamental e arteterapia. Não há equipe multiprofissional contratada e a oferta de cuidado é quase que exclusivamente biomédica.

Tendo esse cenário como pano de fundo, enquanto residente busquei que meu contato com as pessoas se tratasse sempre de um encontro entre corpos que se afetam; com minha prática profissional busquei afetar outras pessoas, mas também me permiti ser afetada por elas. Reconheci a existência de uma relação de poder pré-estabelecida entre quem normalmente é visto(a) como detentor(a) de conhecimento (o(a) profissional) e quem está sujeito(a) a esse conhecimento (internados(as)), mas buscando outras formas de relação para a passagem de afetos e uma construção conjunta de cuidado.

Rolnik (2016, p. 65) descreve a prática de um cartógrafo como “estratégias de formação de desejo no campo social”³. Para isso, diferentes referenciais teóricos podem ser usados na criação de sentido, expressão e movimentos dos desejos. O importante, para a autora, é mergulhar nos afetos e inventar pontes de linguagem para que eles possam atravessar. Nesse meu estar de residente, fiz uma escolha por tentar ser cartógrafa; não foi fácil e nem sempre consegui, mas me atentei constantemente para que em meus encontros os afetos e desejos pudessem encontrar formas de serem vividos.

Feito esses apontamentos, o caminho construído nos próximos capítulos busca enfatizar, a partir do primeiro recorte de caso clínico, a importância da história de vida contada pela pessoa em crise. Num segundo momento, será abordado o olhar e a escuta para os sintomas. E, por fim, será discutido como as instituições de saúde podem aumentar as possibilidades de experiências negativas na vida das pessoas.

3.1. A crise não é uma entidade

Meu primeiro contato com Maria⁴ se deu no início de sua internação. Ela estava deitada na maca, com sonda para cumprir a função de alimentação, olhos que abriam e fechavam constantemente, parecendo-me sonolenta e confusa. Sentei-me ao seu lado, apresentei-me e perguntei como ela estava. A resposta demorou, mas veio. Maria disse que “dói” enquanto apertava o peito, se contorcia em movimentos de dor e gemia. Todas as tardes em que eu estava na enfermaria ia ao seu leito em um horário semelhante para tentar me aproximar e entender um pouco mais de sua história e sua dor. Maria estava acordada todas as vezes em que cheguei, no geral se agitava mais quando eu me sentava, aumentando os movimentos e as falas referentes a dor, bem como os gemidos; passávamos um tempo de mãos dadas e com conversas curtas, aos poucos Maria se acalmava, dormia ou soltava a minha mão; eu me despedia e avisava quando voltaria.

Houve um entendimento médico de que se tratava de um quadro de catatonia que poderia se beneficiar de sessões de eletroconvulsoterapia (ECT). Maria passou por sessões

³ A autora explica que “não existe sociedade que não seja feita de investimentos de desejo nesta ou naquela direção, com está ou aquela estratégia e, reciprocamente, não existem investimentos de desejo que não sejam os próprios movimentos de *atualização de um certo tipo de prática e discurso*, ou seja, atualização de um certo tipo de sociedade”. Em suma, “o desejo é a própria produção do real social” e, ainda, “só há real social” (ROLNIK, 2016, p.58)

⁴ nome fictício.

de ECT e paralelamente teve uma intoxicação por lítio. Nesse período, Maria não me reconhecia e não dava muitas aberturas às minhas tentativas de aproximação.

Passados alguns dias da interrupção das sessões de ECT, Maria disse à uma médica residente de psiquiatria que gostaria de conversar sobre algumas coisas da vida e a médica me perguntou se eu poderia atendê-la em psicoterapia. Meu contato com Maria voltou a ser regular depois disso. Ela ainda não me reconhecia, se lembrava de poucas coisas do começo da internação e dividia seu tempo na enfermaria a partir dos quartos em que estive (o primeiro, no qual ficou do início da internação até o fim das sessões de ECT, e o segundo quarto no qual estava há poucos dias).

Quando retomamos os atendimentos, Maria a princípio ficava tímida, perguntava sobre o que era pra falar, mas logo engatava numa fala constante como se há muito tempo não dissesse de si e de suas angústias. Seu discurso era de uma pessoa isenta das escolhas de sua própria vida, com falas como “parei de ir na escola na quinta série porque meu irmão disse que eu não aprendia”, “meu irmão começou a me levar para trabalhar na roça com ele”, “aí me mandaram para o Rio de Janeiro⁵”, “eu estava dando trabalho e minha mãe me mandou para morar com meu pai em Goiás⁶”, “quando minha filha nasceu minha mãe foi me buscar [...] ela achou melhor me trazer para o Rio de Janeiro de novo”. Minha impressão era de que muitas vezes ela expressava na fala um lugar de objeto e não de sujeito. Em um de nossos atendimentos perguntei sobre desejo, sobre coisas que ela queria e, depois de alguns instantes de silêncio, o que ela disse foi “eu já quis tantas coisas que não consigo me lembrar de nenhuma”.

Minha intervenção foi em grande parte tentar ajudá-la a se perceber em sua própria história, retomando seu relato para refletir sobre sentimentos, opiniões e vivências de sua vida, com o objetivo de resgatar uma posição de sujeito de desejos. Em outro de nossos encontros, enquanto ela contava sobre a divisão de bens de um ente querido, eu perguntei sobre como foi a ocasião para ela, Maria disse “Eu não sei, minhas irmãs que decidiram, não falei nada na época, só aceitei” e continuou falando que até aquele dia não havia nem imaginado que poderia ter uma opinião e dizer algo. Mais adiante ela disse que achava que estava deixando as pessoas decidirem sobre sua vida e pudemos então começar a trabalhar

⁵ Estado fictício

⁶ Estado fictício

frente às escolhas que ela entendia como sendo dela e das implicações de se posicionar ou não em sua vida e relações.

Num dos nossos últimos atendimentos, Maria me disse que seu marido estava pensando em mudar de estado, levar as filhas do casal junto e depois vir buscá-la, complementando que não gostou da decisão dele. Apesar da ambiguidade que sentia entre a possibilidade de se mudar e de continuar na cidade que mora, entendi que nesse momento Maria falava de si de modo muito diferente de quando começamos os atendimentos. Se posicionou e se enxergou como sujeito, como alguém que sentia, pensava e podia fazer algo com isso; não como alguém desapropriada de sua própria história, na qual as coisas apenas lhe aconteciam, como um objeto.

A principal ideia que trago com esse caso é de que o cuidado à alguém em crise não deve ser pontual e apenas com a intenção de reduzir ou acabar com os sintomas que aparecem num primeiro momento. Não se deve olhar e tratar apenas do imediato, como se houvesse uma crise objetiva. A crise não é uma entidade e não tem que ser olhada como um acontecimento a parte da vida de alguém. **O que existe, na verdade, não é a crise, mas a pessoa em crise; pessoa com história, pessoa social, pessoa de desejos⁷, pessoa com ilimitadas possibilidades de vir a ser.**

Ao propor essa discussão, não quero dizer que o que se apresenta no imediato deve ser ignorado. Maria, por exemplo, chegou na Enfermaria de Psiquiatria não conseguindo se alimentar sozinha, estava sem pentear o cabelo há mais ou menos dois meses, com bastante piolho, dificuldade para tomar banho, se higienizar etc. A preocupação com esses aspectos da vida de Maria também foi importante.

Contudo, apenas isso não bastaria. É necessário trazer para a proposta de cuidado sua vida como sujeito desejante, a partir de seu próprio olhar. É preciso entender o que é para Maria (nesse caso) que está acontecendo com ela, como ela se percebe (ou não) em crise.

Quando conheci Maria, não sabia de que forma eu poderia tentar intervir. Não há nenhum manual (e isso é ótimo!) que descreva um passo a passo do que poderia ser feito. Foi Maria quem me mostrou como poderíamos construir juntas um cuidado para ela. Num

⁷ “O desejo é o sistema de signos a-significantes com os quais se produz fluxos de inconsciente no campo social. Não há eclosão de desejo, seja qual for o lugar em que aconteça [...] que não coloque em xeque as estruturas estabelecidas. O desejo é revolucionário, porque sempre quer mais conexões, mais agenciamentos”. Gilles Deleuze e Claire Parnet em *Dialogue* (ROLNIK, 2016)

primeiro momento, quando ela não dizia muitas palavras, mas apertava o peito enquanto falava que doía, eu entendi que naquele momento seu sofrimento era tanto que ela não conseguia falar sobre ele, mas que ela o sentia intensamente no corpo. Foi daí a ideia de segurar sua mão, de apostar no toque e no contato físico com o corpo como uma tentativa de me aproximar.

No segundo momento, foi o encontro da disponibilidade e vontade de Maria de falar com a minha de escutar⁸ que possibilitou alguma compreensão do que estava acontecendo com ela e, mais do que isso, de como ela estava se vendo na sua história de vida para, assim, se abrir outras possibilidades de passagem de desejos e afetos.

Para tudo isso, foi preciso partir do pressuposto de que os momentos de crise, os momentos de desterritorialização, são momentos que possibilitam criações. Entender que não sou eu (ou qualquer outro profissional de saúde) que sabe o melhor para Maria (e para tantas outras pessoas que buscam ser cuidadas) e que é no encontro que se constrói um cuidado singular.

Antes de prosseguir, retomemos a pergunta disparadora: “se crise geralmente marca uma quebra com a realidade anterior ou um processo de desenvolvimento, por que, na saúde mental, muitas vezes a melhora é vista como sinônimo de retorno ao estado basal?”. Arrisco a dizer que há uma compreensão errônea de “retorno ao estado basal”, na verdade porque talvez não exista esse retorno. Se estamos em constante transformação e busca por novas pontes para passagem de afetos, ainda que se volte a realizar atividades anteriormente realizadas, as relações serão outras, o ser humano será outro. Nunca o mesmo, sempre em relação.

3.2. O olhar para o sintoma

Eu já havia visto Joana⁹ algumas vezes durante sua internação, a cumprimentava e trocávamos algumas palavras, mas eu nunca havia sentado para ouvi-la como deveria ter feito. Nas discussões de caso, o que era falado sobre ela se parecia com o que era dito sobre muitas outras pessoas que estiveram internadas no tempo em que estive na Enfermaria de

⁸ Refiro-me ao escutar analítico, com seu caráter político. “dizer aqui que a prática de análise é política tem a ver com o fato de que ela participa da ampliação do alcance do desejo, precisamente em seu caráter produtor de artifício, de produtor de sociedade” (ROLNIK, 2016, p. 70).

⁹ Nome fictício.

Psiquiatria: diagnóstico de esquizofrenia refratária, internada por intensificação dos sintomas psicóticos.

Um dia, quando eu estava atendendo a adolescente que dividia quarto com Joana, ela começou a tentar participar da conversa, falar que estava com saudade do marido, chamar para que fossemos até ela. Aproximei-me, expliquei que estava tendo uma conversa importante com sua companheira de quarto e que depois que acabasse eu falaria com ela. Perguntei se poderíamos combinar assim e Joana confirmou com a cabeça. Depois disso olhava as vezes para a gente, em silêncio.

Assim que me aproximei novamente, Joana disse que seu problema era que ela estava se desfazendo, que seu corpo se esfarelava e por isso ela não conseguia mais andar, porque ela estava sumindo. Perguntou-me se eu estava vendo que ela estava se desfazendo, eu respondi que não, mas que acreditava que ela estava se sentindo daquela forma. Joana me disse que estava acontecendo de verdade e que eu não estava vendo porque as pernas, que estavam cobertas, estavam piores. Perguntei se eu poderia levantar o cobertor e ela disse que sim, olhei suas pernas e perguntei se poderia tocar nela, tendo resposta também positiva. Comecei segurando seus pés e perguntando se ela sentia minha mão; Joana acenou que sim, eu disse que iria encostar no seu dedão, apertava seu dedo, perguntava se ela sentia e, depois que ela dizia que sim, eu pedia para que ela mexesse. Repeti o mesmo com o outro pé e com as pernas.

Joana me disse que a barriga também estava desaparecendo. Fiz a mesma coisa que havia feito com os pés e com as pernas, mas desta vez pedi para que ela colocasse sua mão junto com a minha. Joana sentia a minha mão em sua barriga e, depois, sentia sua própria mão em sua barriga. Enquanto conversava com ela, eu disse que achava que como ela estava sentindo a barriga podia ser porque a barriga estava lá; ela me explicou que na verdade a barriga estava voltando. Quando terminamos a barriga, Joana me perguntou se podíamos fazer o mesmo com o rosto e assim o foi. No final, ela passava as mãos pela face e dizia que estava inteira novamente.

Quando me despedi, Joana me perguntou se eu poderia ajudar ela a fazer o corpo outra vez caso ele se esfarelasse novamente. Eu respondi que poderia, mas que também achava que ela tinha aprendido a se refazer sozinha.

No dia seguinte, assim que entrei na Enfermaria de Psiquiatria, vi que Joana estava sentada próxima ao posto de enfermagem. Eu a cumprimentei e ela respondeu meu oi da

seguinte maneira: “Olha! Eu ainda estou firminha”, enquanto se movia e apontava para as pernas.

Na discussão anterior, foi tratada a necessidade de propostas de cuidado em saúde que destaquem o sujeito (histórico, social, desejante e em movimento). Isso não anula a importância que os sintomas podem ter.

Os sintomas não devem ser ignorados, mas contextualizados por quem os sente. Afinal, “o sintoma não vai sem o sujeito, nem o sujeito pode ser pensado sem o seu sintoma. Um constitui o outro, melhor dizendo, um se constitui no outro, o sujeito através do sintoma e vice-versa” (FIGUEIREDO, 2004, p.77). Sendo assim, entendo que é quem sente que mais sabe sobre seus sintomas. Enquanto profissionais dispostos a escutar, o que podemos fazer é ajudar na contextualização desses sintomas, mas sempre a partir do que nos é trazido por quem sente.

Ferigato, Campos e Ballarin (2007, p. 38) apontam que em casos de psicose, principalmente em momentos de crise, queixas de manifestações corporais são frequentes. Exemplificam como possibilidades dessas queixas “sensação de desmembramento, ausência de órgãos, transformações no corpo, alterações sinestésicas e perda da própria dimensão dos limites corporais”.

Segundo Basaglia (2010), por muito tempo, a saúde mental não tratou das pessoas como corpos que sentem e, muitas vezes, os profissionais de saúde chegaram a agir como se houvesse uma separação entre a mente e corpo.

No caso de Joana, esse apontamento aparece de forma ambivalente. Isso porque, ao mesmo tempo em que o tratamento oferecido usava de medicações que agem no corpo para tentar eliminar sintomas subjetivos, havia uma negação do corpo como potência de cuidado, pois ele não foi investido de nenhuma outra forma durante a maior parte de sua internação.

Meu encontro e intervenção no caso de Joana buscou romper com a medicação como única forma de cuidado para seus sintomas tão expressivos no corpo. Afinal, Basaglia (2010) já apontava que os fármacos não são soluções definitivas para problemas dessa ordem e que o maior mérito de seu uso está em revelar, por trás dos sintomas, pessoas vivas e reais. Além disso, Ferigato, Campos e Ballarin (2007) afirmam que quando a intervenção farmacológica é vista como a principal forma de cuidado, e não como um dos componentes de uma estratégia

mais geral, os resultados de seu uso podem ser um obstáculo na relação do(a) paciente com a vida.

O relato do meu encontro com Joana é um exemplo de que há outras possibilidades de relações com os sintomas. **O olhar para o sintoma como uma nosografia que classifica**, como fazem os manuais, seja a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), **não é o único possível. O sintoma pode ser entendido como um sofrimento singular e cuidado a partir do discurso de quem o sente.**

Outro ponto para reflexão é minha relação com Joana. Nós não éramos muito próximas antes dos acontecimentos que relatei no recorte de seu caso. Ainda assim, nesse encontro foi possível produzir desvio e construir vínculo. Isso mostra que, apesar do reconhecimento da importância de figuras longitudinais no cuidado (como o trabalho realizado pelas referências nos CAPS, por exemplo), **sempre há possibilidades de encontros potentes nos diversos equipamentos de saúde, desde que haja pessoas dispostas a isso.**

Contudo, há que se considerar a possibilidade de que as construções desse encontro tenham sido favorecidas por acontecimento anteriores, no sentido de que no dia a dia na enfermaria meus gestos e minha atuação podem ter contribuído para a representação que Joana construiu de mim e para outras vivências que podem ter sido significativas para ela. A respeito disso, Adrielle Baldessim¹⁰, compartilha que em sua prática tem observado cada vez mais como suas ações produzem aproximações ou afastamentos nos usuários que atende, mesmo que não se lembre ou não tenha notado sensorialmente a importância dessas ações no momento em que se deram.

3.3. A importância das instituições de saúde como componentes do cuidado

Conheci Clarice¹¹ durante uma das muitas internações pela qual ela passou. Nessa, ficou por quatro meses na Enfermaria de Psiquiatria. Nós não éramos muito próximas no começo, Clarice trocava poucas palavras comigo e dizia que não queria mais conversar, mas

¹⁰ Psicóloga que até o momento da escrita desse trabalho não havia publicado sobre o assunto, não havendo citação acadêmica para tal fala, mas muita pertinência em citá-la.

¹¹ Nome fictício.

me convidada para assistir televisão com ela e, no geral, nosso maior contato foi assim. Gostava de conversar apenas quando voltava das licenças, contava sobre coisas que fez com a família e o que comeu; frequentemente logo em seguida ficava triste e falava que queria ir para casa, pois estava perdendo momentos importantes com a família enquanto estava internada, como Natal, ano novo e carnaval.

Nas discussões que participei, ouvi da equipe que Clarice piorava com as licenças e, se tratando de um caso refratário com medicações em altas dosagens, a Eletroconvulsoterapia (ECT) era a única possibilidade de tratamento. De uma das sessões de ECT Clarice saiu com uma fratura total da coroa do dente 11. Em seu prontuário a maioria dos registros são de pré e pós operatório das sessões de ECT, controle de medicações e algumas outras evoluções que no geral dizem “estável, sem intercorrências”. Além disso, nos formulários pós-licença a mãe avaliou as licenças como boas.

Quatro meses após a alta dessa internação que nos conhecemos, Clarice foi trazida pelo SAMU para o Pronto Socorro de Psiquiatria, onde ficou por dois dias. Quando chegou estava com uma das mãos fechadas, segurando um remédio que se recusava a tomar desde a noite anterior, falava pouco, com alucinações auditivas e diminuição dos movimentos do corpo. Foi encaminhada para internação na Enfermaria de Psiquiatria, onde ficou por mais 18 dias; ao chegar não estava mais andando e virava na maca com muita dificuldade.

Nesse retorno, Clarice não se lembrava de mim e foi nessa nova internação que construímos um vínculo de confiança, inclusive porque foi nesse momento em que eu investi mais nos nossos encontros. Todos os dias eu ia no seu quarto para escutá-la e tentar pensar com ela em como gostaria de ser cuidada. No primeiro dia em que Clarice falou sobre coisas importantes de sua vida, quando me levantei para ir embora, ela segurou meu braço, começou a chorar e repetiu várias vezes “Não quero que nada que eu falei me prejudique. Não quero ficar mais tempo aqui”. Conversamos sobre o que era sigilo e que ela podia ficar segura de que eu não contaria nada dos nossos atendimentos para a equipe sem que ela soubesse e concordasse. Ainda assim, nos atendimentos seguintes, Clarice pedia para que eu promettesse que não falaria nada para outros profissionais, o que se repetiu em muitos dos nossos encontros, mesmo após sua alta, quando continuei acompanhando-a no ambulatório.

Durante essa internação falei com o CAPS do território responsável pelo cuidado de Clarice, com a intenção de que eles fizessem uma visita para ela na Enfermaria de Psiquiatria e retomassem o contato e o vínculo, para facilitar o seguimento do cuidado após

a alta. O diálogo com o CAPS não foi como o esperado; algumas informações variaram dependendo do profissional com quem eu falei, não foi possível que fosse feita uma visita durante a internação e nem uma visita domiciliar após a alta, o que foi justificado por uma falta de recursos da instituição. O combinado possível foi de que eu informasse para Clarice um dia e horário agendado para que ela pudesse passar por acolhimento com sua referência. Depois desse dia, um novo atendimento foi marcado, no qual Clarice compareceu, sua referência se ausentou para participar de uma reunião e pediu para que Clarice esperasse; ela esperou por um tempo e foi embora, não retornando mais para o CAPS desde então.

Enquanto eu escrevia esse relato, três meses após a última alta de Clarice, ela passou por um atendimento no CAPS e o acompanhamento de seu cuidado tem sido realizado no ambulatório do Hospital, com consultas psiquiátricas aproximadamente quinzenais e atendimentos semanais em psicoterapia comigo. Clarice estava passando por um momento delicado na vida, de grande sofrimento psíquico, relatando momentos intensos de medo, ansiedade, lembranças confusas, sentimento de culpa, não está mais conseguindo sair de sua casa sozinha, aumento dos sintomas psicóticos e receio em falar de si com medo de novas internações.

Na Enfermaria de Psiquiatria, as poucas páginas que contam da história de Clarice em seu prontuário dizem de sua história depois das internações; pouco dizem dela antes de ser considerada uma “paciente da psiquiatria” e pouco falam dela para além de sua relação com a psiquiatria. Arrisco a dizer que mais falam sobre como os sintomas psicóticos aumentaram ou diminuíram com o uso das medicações nos períodos em que ela estava morando com a família e de como esses sintomas se apresentavam nas internações. O prontuário de Clarice não diz quase nada sobre Clarice e sobre como ela se sente e se percebe nos diferentes momentos de sua vida, nem de como são para ela os tratamentos a ela oferecido. Nada dizem dela enquanto sujeito desejante. As discussões sobre Clarice das quais participei também não se diferenciavam muito disso.

Basaglia (2010, p. 76) alerta que uma abordagem objetificante influencia no conceito que a pessoa constrói de si mesma, “só podendo - mediante um tal processo - vivenciar-se como corpo enfermo, exatamente do modo como é vivenciado pelo psiquiatra e pela instituição”. Grande parte dos tratamentos que vem sendo oferecido a Clarice, por não conseguirem olhar e construir vivências para além de sua posição de “paciente psiquiátrica”

reduzem as possibilidades de novas vivências e de construções de novos mundos. Acabam por promover um processo de psiquiatrização de sua vida. Ao meu ver, são violentos.

Aliás, desde sua primeira internação e seu primeiro diagnóstico, Clarice, tem sofrido muitas violências físicas e psicológicas. Algumas dessas violências são mais explícitas, como o dente que ela perdeu na ECT, que o Hospital não se responsabilizou, que ela precisou pagar e para isso usou quase toda sua reserva financeira (para a qual tinha outros planos, como estudar). Outras violências são menos explícitas, mas muito graves e prejudiciais, como não receber visitas e não estar próxima do CAPS durante períodos de grande sofrimento psíquico e de meses de internação.

Há uma descontinuidade no cuidado de Clarice, ou mesmo um não-cuidado. Não há uma instituição de saúde que pense e organize um Projeto Terapêutico Singular longitudinal e que olhe para ela a partir dos seus desejos e demandas. Nesse sentido, é importante lembrar que

“A articulação entre os diferentes dispositivos deve garantir a corresponsabilização pelos casos e o cuidado compartilhado de cada usuário da rede através da construção de fluxos pactuados. Estes, por sua vez, devem considerar as necessidades individuais e particulares de cada usuário, superando o estigma e a descontinuidade do cuidado”. (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010, p. 128)

Sendo assim, espaços que deveriam oferecer um cuidado digno estão, para Clarice e para tantas outras pessoas, se tornando lugares potencializadores de sofrimento e de surgimento de novas crises. **Instituições que se dizem de saúde estão, muitas vezes, produzindo doença.**

4. Conclusão

As articulações entre teoria e prática apresentadas nesse trabalho demonstram que o entendimento de crise como agudização de sintomas psiquiátricos é reducionista e limitado, sendo insuficiente para a compreensão desse fenômeno na Saúde Mental. Da mesma forma, o uso de psicotrópicos como única ou principal estratégia de cuidado aos momentos de crise e, de modo geral, às pessoas em sofrimento psíquico intenso como um todo, se mostra insatisfatório.

Na mesma direção, a concepção de loucura como doença e, mais do que isso, como doença a ser “curada”, juntamente com a ideia de que as crises são necessariamente causa ou agravo da loucura também prejudicam o cuidado às pessoas submetidas a esses tratamentos. Isso porque essa combinação, apesar de nomear a crise, não cuida dela, mas a silencia e, ao silenciar uma manifestação tão singular de uma pessoa, silencia-se a pessoa.

Levando em consideração essas observações e sem deixar de considerar a importância do cuidado às pessoas em crise, tanto no momento em que acontecem quanto em outros momentos da vida, visto que o que se dá num momento de crise pode ter muitas outras reverberações, com esse trabalho busquei apresentar e trazer reflexões sobre outras ações de cuidado possíveis.

Ao meu ver, essas ofertas de cuidado precisam ser pensadas de forma singular, levando em consideração que não há um único jeito certo de se viver, mas que a vida humana deve ser respeitada em suas diferentes possibilidades de existir. Em conjunto com essa dimensão ética, é necessária uma dimensão técnica no agir profissional, no sentido de ser uma atuação embasada cientificamente, mas que nunca se sobreponha aos sujeitos para quem olha e se propõe a cuidar.

Os relatos de casos apresentados anteriormente ilustram que, ainda que haja um conhecimento geral (e importante de ser aprendido), não há receita pronta, pois cada pessoa é única e é sempre transformação. Isso significa que o melhor manejo num momento de crise para alguém pode não ser o melhor manejo em outro momento para essa mesma pessoa. Ao se considerar isso, fica mais evidente que tampouco há uma única forma de cuidado à crise para todas as pessoas. As possibilidades de produção de diferença e de criação são reduzidas quando fazemos tudo sempre igual.

Entendo que **nosso papel como profissionais de saúde mental não deve ser o de ditar como as pessoas devem viver. Acredito que passa muito mais por estarmos dispostos a acolher o sofrimento e buscarmos, junto com as pessoas que atendemos, possibilidades criativas e produtoras de desejo e de vida.** Isso não é diferente nas situações que envolvem crise e, sendo assim, é importante destacar que nossas propostas de cuidado podem ajudar ou estagnar (e até prejudicar) as possibilidades dos sujeitos que buscam cuidado. Para que as pessoas em sofrimento psíquico intenso possam, nos serviços que trabalhamos, viver suas crises de forma potencializadora, também cabe a nós o reconhecimento e o trabalho com o caráter inédito, de movimento, de mudança e de criação que esses momentos são capazes de proporcionar.

Além disso, retomando a ideia de que as crises fazem parte da vida humana e que questões de saúde mental são comuns, é importante que não apenas nos serviços especializados, mas em todos os níveis de atenção do SUS, hajam profissionais competentes e familiarizados com a saúde mental.

Ressalto aqui e diversas vezes ao longo desse trabalho o encontro entre usuário e trabalhador como potência de cuidado, mas cabe explicitar que a prática profissional é atravessada por questões estruturais que não podem ser negligenciadas. Os sistemas de tratamento em saúde muitas vezes também passam por processos de crise (que em diversas situações acabam sendo silenciados). É necessário uma estrutura social que favoreça o cuidado às pessoas. Estruturas não apenas físicas, mas de ideias e com uma ética que sustentem o SUS enquanto serviço público e de qualidade, considerando seu caráter de participação social.

5. Considerações Finais

Que não nos iludam as forças de conservação, porque a única nobreza da força de conservação está em conservar a nossa capacidade de criar.

Luiz Fuganti

Francisco (1988) aponta duas formas de ação em saúde que visam à mudança: reformista ou revolucionária. Para a autora,

“Na primeira, as mudanças são puras reformas ou simplesmente adaptações no sistema. Na segunda é que realmente a mudança acontece, pois ela traz consigo a proposta de transformação absoluta da estrutura básica das relações sociais”. (FRANCISCO, 1988, p. 75)

A lógica e o "cuidado" manicomial não estão apenas nos manicômios e nos serviços que escancaram isso pelo espaço físico, equipe profissional ou outros aspectos. Estão também na rede de desinstitucionalização que negligencia o cuidado aos sujeitos quando não estão dentro de suas paredes.

Não basta pensarmos apenas em estratégias e organizações pontuais. Ainda que a intensidade e explicitude das práticas sejam diferentes. É preciso nos questionarmos diariamente qual é a lógica que está regendo cada ação e não ação dos profissionais e dos serviços. Nossa prática também abrange aquilo que não fazemos e para o que fechamos os olhos.

Aliás, será que o processo de desinstitucionalização e a criação de uma rede substitutiva aos manicômios é suficiente para a saúde mental que almejamos? Será que de fato os novos serviços atendem a uma lógica que, para além da liberdade dos muros, acredita e trabalha para a afirmação de uma liberdade de diferentes possibilidades de existência?

Acredito que as brechas e as falhas no cuidado aos sujeitos em crise, no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico intenso e à fragilidade humana como um todo perpassam, necessariamente, pelas condições e concepções de vida que adotamos. Frente a isso e a um cenário político brasileiro desfavorável aos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade finalizo este trabalho com uma última reflexão: **por quê insistimos em continuar tentando fazer Reforma Psiquiátrica quando poderíamos estar fazendo Revolução?**

6. Referências

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org: Paulo Amarante. Trad: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. 331p.

BRASIL. **Lei n. 10.216**, 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>

BRASIL. No Brasil, mulheres são maioria nos cursos de pós-graduação. **Ministério da Educação**, 09 mar 2017. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/45981-no-brasil-mulheres-sao-maioria-nos-cursos-de-pos-graduacao>>

DIAS, Marcelo Kimati; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, Mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000100075&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Nov. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 2. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1989. 551 p.

FRANCISCO, Berenice Rosa. **Terapia Ocupacional**. Campinas, SP: Papyrus, 1988.

JARDIM, Katita.; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

PASQUALINI, Juliana Campregher. A perspectiva histórico-dialética da periodização do desenvolvimento infantil. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 31-40, Mar. 2009.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. Ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016. 248 p.

TOKARNIA, Mariana. Mulheres assinam 72% dos artigos científicos publicados pelo Brasil. **Agência Brasil**, Brasília, 23 mar. 2019. Caderno de Educação. Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-03/mulheres-assinam-72-dos-artigos-cientificos-publicados-pelo-brasil>>.