



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

KAROLINA MIRELLA OLIVEIRA PEREIRA COSTA

**AS ATUALIZAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL  
DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 POR PROFISSIONAIS  
DOS CAPS'S DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2022

KAROLINA MIRELLA OLIVEIRA PEREIRA COSTA

**AS ATUALIZAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL  
DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 POR PROFISSIONAIS  
DOS CAPS'S DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.  
Orientadora: Dr<sup>a</sup> Karla Galvão Adrião

RECIFE

2022

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

C838a Costa, Karolina Mirella Oliveira Pereira.  
As atualizações do cuidado em saúde mental durante a pandemia da COVID-19 por profissionais dos CAPS's de Pernambuco / Karolina Mirella Oliveira Pereira Costa. – 2022.  
93 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karla Galvão Adrião.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2022.  
Inclui referências e apêndices.

1. Psicologia. 2. Cuidados. 3. Saúde mental. 4. COVID-19. 5. Pessoal da área de saúde mental. 6. Feminismo. I. Adrião, Karla Galvão (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2023-057)

KAROLINA MIRELLA OLIVEIRA PEREIRA COSTA

**AS ATUALIZAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL  
DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 POR PROFISSIONAIS  
DOS CAPS'S DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 25/02/2022

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karla Galvão Adrião

(Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Marcos Ribeiro Mesquita

(Examinador Externo)

Universidade Universidade Federal de Alagoas

---

Prof. Dr. Luís Felipe Rios do Nascimento

(Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Para minha mainha Janaina Oliveira e para meu  
painho Antônio Manoel Pereira Vila Nova Costa.

Para quem acredita em uma sociedade livre de  
todas as formas de manicômio, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

Pesquisar durante a pandemia da COVID-19 foi uma experiência árdua e só se tornou possível por causa de a uma rede de pessoas que se fizeram presentes e estiveram comigo, mesmo nos dias de isolamento social.

Gostaria de agradecer à minha querida orientadora Karla Galvão Adrião por tudo e tanto. Com você, Ka, aprendi muito sobre os feminismos, as psicologias, mas, sobretudo, sobre afeto, cuidado e paciência. Muito obrigada por acreditar em mim quando eu mesma descreditei, por apostar nas mudanças que envolveram essa pesquisa e por aceitar mais quatro anos de parceria já que estaremos juntas também no doutorado!

Meus sinceros agradecimentos à minha mãe Janaina Oliveira e ao meu pai Antônio Manoel Pereira, pela vida, pelo incentivo incondicional e pela celebração de cada conquista. Também sou grata aos meus primos e as minhas tias-heróínas: Enilda Oliveira, Edna Oliveira, Alcione Oliveira e Adma Oliveira.

Agradeço à Laís Catarine pela parceria firmada. O que poderia ter sido uma “apenas” uma coorientação de pesquisa transformou-se em uma das amizades mais preciosas que tenho.

Aos meus amores da Acoletiva: Alexya, Amanda, Marisa, Raissa, Thereza, Ítala, Karla, Laís e Priscila. Cada sexta-feira com vocês foi inesquecível, nossas reuniões estão guardadas em meu coração.

Agradeço à minha turma de mestrado (auto intitulada de “turma pandêmica”), em especial à Rebeca, Ligia, Túlio e Taciana, por tornarem o percurso menos denso.

Aos queridos alunos e alunas da turma que fui estagiária docente durante o semestre 2020.2, em especial à Fernanda, Caio, Kelly e Sydlane.

Sou grata pelo encontro com as professoras Jaileila Menezes e Érika Oliveira que estiveram na banca de qualificação dessa pesquisa. Obrigada pelos valiosos comentários e por me fazer acreditar que daria tudo certo. Deu mesmo! Também agradeço aos professores Luiz Felipe Rios e Marcos Mesquita pela disponibilidade e contribuições durante a banca de defesa.

Às minhas eternas mestras Josevânia da Silva e Thelma Grisi que me ensinaram, desde a graduação, que a Psicologia Social pode ser ferramenta para a construção de um mundo mais justo.

Ao secretário do PPGPSI Werik de Lima por sua prontidão e competência para resolver as

questões burocráticas desses últimos dois anos.

Às minhas amigas “de fé” e das antigas, Nat Marinho, Nyele Gomes, Renally Braga, Monique Héllen e Linnie Luz por estarem sempre comigo.

Às terapeutas Aline Cezário e Jucianny Sales pela escuta afetuosa, incentivo e cuidado.

Às interlocutoras dessa pesquisa e todas as mulheres que constroem os serviços públicos de saúde mental desse país! Viva o SUS!

À FACEPE pelo financiamento dessa pesquisa através do edital PBPG 19/2020.

*Como é a luta da não violência  
Primeiro é nunca matar  
Segundo, jamais ferir  
Terceiro, estar sempre atento  
Quarto é sempre se unir  
Quinto, desobediência às ordens de  
sua excelência que podem nos destruir*

Baiana System, 2021.

## RESUMO

Esta dissertação analisou as atualizações do cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) durante diferentes fases da pandemia da COVID-19. A análise foi feita a partir do relato de profissionais mulheres que compuseram a equipe mínima do referido serviço em quatro cidades do estado de Pernambuco. O estudo parte de uma orientação epistemológica feminista decolonial e pós-estruturalista. Em consonância com as regras de distanciamento, produziu-se os dados sob o formato online. Aconteceu, primeiramente, um encontro individual e foi aplicado um questionário sociolaboral. Em seguida, foram realizadas três oficinas coletivas. Utilizaram-se, em todas as oficinas, os recursos artísticos a partir dos métodos do Teatro do Oprimido e da Dançaterapia. Para a análise, foram utilizadas as perspectivas metodológicas da Cartografia e da Análise Temática. Os encontros coletivos suscitaram debates conduzidos a partir dos sentidos construídos nas relações com/entre as interlocutoras. Dessa forma, as discussões dos dados foram agrupadas em dois eixos. O primeiro eixo explicitou como aconteceram as oficinas e mostrou como os recursos artísticos se tornaram ferramentas potentes para que as atualizações do cuidado, no campo digital, pudessem acontecer. O segundo eixo apreciou como as diferentes fases da pandemia foram determinantes para o funcionamento dos CAPS e para a produção do cuidado. Além disso, pôde-se observar uma série de fragilidades presentes nos serviços, que foram intensificados com a pandemia. No segundo eixo, também se discutiu como as atualizações do cuidado nos CAPS foram atravessadas por questões de território e gênero. Concluiu-se que para a efetivação da produção do cuidado em saúde mental, nesse contexto de emergência e crise, se fazia necessária uma negociação incessante entre as novas possibilidades de agir e as práticas já vigentes. Essa negociação contínua teria por base a corresponsabilização ético-política de cada profissional.

**Palavras-chave:** Cuidado; Saúde Mental; COVID-19; Pesquisa-intervenção; Feminismos.

## **ABSTRACT**

This dissertation analyzed care updates in Psychosocial Care Centers (CAPS) during different phases of the COVID-19 pandemic. The analysis was based on the report of women professionals who made up the minimum team of the referred service in four cities in the state of Pernambuco. The study starts from a decolonial and poststructuralist feminist epistemological orientation. In line with the rules of distancing, data were produced in an online format. First, an individual meeting took place and a socio-labor questionnaire was applied. Then, three collective workshops were held. In all workshops, artistic resources based on the methods of Teatro do Oprimido and Dançaterapia were used. For the analysis, the methodological perspectives of Cartography and Thematic Analysis were used. The collective meetings raised debates based on the meanings constructed in the relationships with/between the interlocutors. Thus, data discussions were grouped into two axes. The first axis explained how the workshops took place and showed how artistic resources became powerful tools so that care updates, in the digital field, could happen. The second axis appreciated how the different phases of the pandemic were decisive for the functioning of CAPS and for the production of care. In addition, it was possible to observe a series of weaknesses present in the services, which were intensified with the pandemic. In the second axis, it was also discussed how the updates of care in the CAPS were crossed by issues of territory and gender. It was concluded that for the effectiveness of the production of mental health care, in this context of emergency and crisis, an incessant negotiation between the new possibilities of acting and the practices already in force was necessary. This continuous negotiation would be based on the ethical-political co-responsibility of each professional.

**KEY WORDS:** Care; Mental health; COVID-19; Intervention research; Feminisms.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1-</b> Convite (folder) enviado para as profissionais de saúde.....	47
<b>Figura 2-</b> Convite (texto) enviado para as profissionais de saúde.....	47
<b>Figura 3-</b> Formulário de inscrição.....	48
<b>Figura 4-</b> Tela inicial do GoogleMeet.....	53
<b>Quadro 1-</b> Informações gerais sobre as interlocutoras.....	51

## LISTA DE SIGLAS

ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS III/CAPS 24h	Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
COVID-19	<i>Corona Vírus Disease</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
LABESHU	Laboratório de Estudos da Sexualidade
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Teatro do Oprimido
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>HÁ FRONTEIRAS NOS JARDINS DA RAZÃO: NOTAS INTRODUTÓRIAS.....</b>	<b>14</b>
1.1	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS “ATUALIZAÇÕES” DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA.....	20
<b>2</b>	<b>MARCOS CONCEITUAIS .....</b>	<b>21</b>
2.1	DESCOLONIZANDO A LOUCURA: FEMINISMO DECOLONIAL COMO MARCO DE MIRADA .....	23
2.2	(DES)ENCONTROS ENTRE A PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA E O FEMINISMO DECOLONIAL .....	26
2.3	A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: DA CONSOLIDAÇÃO AOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS .....	30
<b>3</b>	<b>SINUOSIDADES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>36</b>
3.1	A CONSTRUÇÃO DE UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO-PESQUISA ONLINE..	37
3.2	SOBRE A ELABORAÇÃO DOS ENCONTROS.....	41
3.3	A DANÇATERAPIA E O TEATRO DO OPRIMIDO NA PRODUÇÃO DOS DADOS .....	42
3.4	QUESTÕES ÉTICAS.....	43
3.5	PROCEDIMENTOS .....	44
3.5.1	OS PRIMEIROS CONTATOS COM AS PARTICIPANTES .....	45
3.5.2	INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE AS INTERLOCUTORAS .....	49
3.6	ESTRATÉGIAS ANALÍTICAS .....	51
<b>4</b>	<b>BAILANDO COM OS DADOS PRODUZIDOS .....</b>	<b>53</b>
4.5	RELATO DAS OFICINAS .....	54
4.6	DO AZEDUME AO DELEITÁVEL: POSSÍVEIS ATUALIZAÇÕES DO CUIDADO	

NO CENÁRIO DIGITAL.....	57
4.7 O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS E OS ATRAVESSAMENTOS TERRITORIAIS, DE GÊNERO, DE CLASSE E DE RAÇA NAS ATUALIZAÇÕES DO CUIDADO.....	64
4.3.1 (DES)APONTAMENTOS TERRITORIAIS .....	67
4.3.2 GÊNERO, RAÇA, CLASSE E OUTRAS FACETAS GENDRADAS NO ACESSO AO CAPS .....	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A- QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS/LABORAIS.....</b>	<b>91</b>
<b>APENDICE B- ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DAS OFICINAS.....</b>	<b>92</b>

## 1 HÁ FRONTEIRAS NOS JARDINS DA RAZÃO: NOTAS INTRODUTÓRIAS

Início este trabalho fazendo referência ao presente momento histórico, cuja instabilidade política, econômica e social impacta significativamente o universo dessa pesquisa: em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) informou o surto de um novo coronavírus (COVID-19), chamando a atenção de uma emergência de saúde pública internacional. Em março de 2022, após dois anos da caracterização da COVID-19 como uma pandemia, continuamos defendendo a vida, sob o medo do adoecimento e da morte individual coletiva.

Os microscópios acionados para visualizar o vírus acabaram mostrando também a falácia de que a letalidade das pessoas acometidas pela COVID-19 é imparcial e atinge a todas/os uniformemente. Sobre isso, Judith Butler afirma que o vírus por si só não discrimina, mas a desigualdade social e econômica assegura que isso aconteça. Dessa forma, este escrito paira sobre uma crise civilizatória<sup>1</sup> que ainda não vislumbra final/finais, mas evidencia uma “*lucha a largo plazo que nos espera*” (BUTLER, 2020 p. 65).

As mudanças nas rotinas e nas relações familiares, as dúvidas sobre o controle e a gravidade da doença, a imprevisibilidade acerca do tempo de duração do isolamento social e vários outros desdobramentos gerados pelo avanço rápido do novo coronavírus no mundo, caracterizam-se, de acordo com Schmidt *et. al* (2020), como fatores de risco à saúde mental da população geral.

Ainda de acordo com as/os referidas/os autoras/es, verificou-se que a partir de uma revisão na literatura técnica-científica, que por um lado, durante pandemias, decorre-se certa desatenção ao terreno da saúde mental, e, por outro lado, apresenta-se maior enfoque sobre a saúde física e ao combate do agente patogênico (SHMIDT *et. al*, 2020). As lacunas geradas a partir da negligência à saúde mental podem repercutir de forma negativa e perdurar ao acometimento pela COVID-19, causando impacto em diferentes setores da sociedade (DUARTE *et al.*, 2020). Nessa conjuntura, ressalta-se a importância das/os profissionais de saúde, e das políticas públicas de saúde mental. É no âmago desse momento que algumas questões voltam a me

---

<sup>1</sup> Termo utilizado por Martins (2020), para designar a atual crise que engloba o declínio do modo de produção capitalista (refletida na maior crise econômica mundial dos últimos noventa anos), a fragilidade da globalização neoliberal e o caos sistêmico no âmbito da saúde, educação, cultura e ambiental. Tal crise, já precedida pela pandemia, mas impulsionada por esta, pode verter possibilidades de revoluções, contrarrevoluções e guerras.

circundar, dentre elas; como, por quê, por quem e para quem se têm produzido cuidados<sup>2</sup> em saúde, mais precisamente, em saúde mental.

Essas inquietações advêm desde os meus primeiros contatos com a Psicologia. Ao longo da minha graduação, pude, a partir de diferentes teorias e métodos, intervir e vivenciar atividades com públicos distintos. Uma atividade marcante ao longo desse percurso foi um estágio supervisionado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, no qual as suscitadas perguntas também estiveram presentes.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), é também um lugar de referência e tratamento para pessoas que estão em sofrimento psíquico<sup>3</sup> cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (CREPOP/CFP, 2013).

Dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica que se instituiu no Brasil, os CAPS's possuem um papel essencial e estratégico, atuando como substitutos dos leitos psiquiátricos do modelo hospitalar manicomial. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, bem como realizar o acompanhamento e a reinserção social das/os usuárias/os pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Dessa forma, os CAPS devem respeitar as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada pessoa (CREPOP/CFP, 2013).

Sabendo que os processos de produção de saúde estão alicerçados nas determinações sociais<sup>4</sup> e com base em conversas que tive com antigos estagiários, iniciei as atividades no local considerando que há muito trabalho a ser feito para consolidar o modelo de atenção psicossocial, pois o processo de desinstitucionalização ainda enfrenta inúmeras dificuldades, visto que a desconstrução do manicômio e da lógica manicomial implica em reinventar não só os espaços que acolhem as pessoas em sofrimento psíquico, mas principalmente, reinventar a

---

<sup>2</sup> Aqui escolho "cuidados", no plural e não "cuidado" objetivando evidenciar um termo polissêmico que é cercado de tensionamentos. Essa discussão será retomada adiante.

<sup>3</sup> Utilizo os termos "sofrimento psíquico", "pessoa em sofrimento psíquico" ou "pessoas/usuárias/os que utilizam os serviços de saúde mental" objetivando a transformação do imaginário social sobre a loucura, em contraposição aos termos "doença/doente mental" que conforme Melissa Oliveira (2021), acabam reforçando a lógica manicomial.

<sup>4</sup> Esse conceito compreende a saúde a partir de uma análise interdisciplinar das formas de organização da sociedade, entendendo que estas podem subordinar a produção da saúde, da doença e do cuidado. Pensar a saúde mental nessa perspectiva, implica adotar uma visão multidimensional, considerando que os modos de subjetivação e singularidades territoriais determinam o processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, os efeitos do lugar e os contextos de vida (incluindo questões de gênero, raça e classe) funcionam como amortecedores ou disparadores de sofrimento psíquico (DIMENSTEIN et. al, 2017; DANTAS et. al, 2020).

sociedade que vivemos, configurando um processo amplo, complexo e conjuntural (AMARANTE, 2007).

Cada momento vivenciado no referido serviço permitiu uma maior aproximação das profissionais, familiares e usuárias/os, fortalecendo, dessa forma, meu vínculo com os grupos ali presentes. Facilitar oficinas utilizando a dança como recurso terapêutico e vivenciar as “aberturas dos corpos” das/os usuárias/os me fez perceber que é possível desenvolver estratégias terapêuticas que não estejam vinculadas às diversas contenções.

Cuidar na dimensão de estar junto e se deixar afetar por cada encontro, foi uma forma de se perceber produzindo saúde, rompendo com a lógica manicomial. Desde então, me mantenho atenta às temáticas concernentes ao cuidado<sup>5</sup>, sobretudo no âmbito da saúde mental, acreditando que este pode ser pensado de forma menos técnica e biomédica, onde todas/os, inclusive as pessoas em sofrimento psíquico, responsabilizam-se pelo seu tratamento.

As vivências brevemente relatadas e as discussões promovidas no ambiente universitário proporcionadas a partir do estágio no CAPS III possibilitaram um melhor entendimento sobre a dialética da inclusão/exclusão (SAWAIA, 2014) que circunscrevia o serviço de saúde mental.

Ademais, percebi que as relações entre as/os profissionais, familiares, técnicas/os e usuárias/os do serviço eram, de modo geral, hierárquicas, dicotômicas, marcadas por questões de gênero, raça, classe e sexualidade, com destaque para os atravessamentos do gênero na “formação” de certos sintomas, diagnósticos e tratamentos.

Diante dessas questões, construí um pré-projeto de pesquisa para ingressar no PPGPsi da UFPE, com o objetivo de analisar os sentidos construídos por profissionais da saúde mental sobre a sexualidade das/os usuárias/os dos CAPS’s da cidade de Recife, fundamentando-se na perspectiva teórico metodológica do estudo da produção de sentidos a partir das práticas discursivas.

Claudio Mann (2017), evidencia a ausência de pesquisas sobre a sexualidade nas atuais políticas públicas de saúde mental. Conforme o autor, pessoas em sofrimento psíquico ainda são vistas, na maioria das vezes, como assexuadas ou incapazes de exercer seus direitos sexuais e direitos reprodutivos. Por conseguinte, ficam sujeitas/os a diversas situações que contribuem

---

<sup>5</sup> Aqui assumo que o cuidado em saúde mental afirma a necessidade da responsabilização compartilhada para a produção da saúde, ou seja, de um trabalho em rede que considere as relações sociais, os espaços e processos constituintes das subjetividades (LOBOSQUE, 2011). Essa discussão será retomada no item 1.1.

para a vulnerabilidade em saúde.

Apesar de reconhecer a importância e de desejar realizar um estudo com os objetivos do pré-projeto que mencionei, a partir do advento da pandemia do novo coronavírus em março 2020, deparei-me com um paradoxo no campo da saúde mental brasileira que me convocou a mudar os rumos dessa investigação que findou em uma “pesquisa-intervenção-pesquisa”<sup>6</sup> (ADRIÃO, 2014).

Por um lado, os CAPS’s foram orientados, através de notas técnicas, a suspenderem atendimentos eletivos e atividades coletivas por conta das medidas restritivas de contato impostas pelo vírus. Por outro lado, como já foi dito, emergiu a necessidade de medidas de prevenção e intervenção em saúde mental (SCHMIDT *et. al*, 2020).

Antes de adentrar à problematização dessa contradição, preciso situar que o processo que atravessou desde a (re/des)construção do pré-projeto de pesquisa, passando pela banca de qualificação, aprovação pelo comitê de ética, levantamento dos dados até a escrita final desse texto aconteceu nesse momento e não em outro: Pandemia-no-Brasil-2020/21/22, onde (sobre)viver tem se desdobrado em inúmeras camadas de complexidade.

Portanto, as palavras que repousam nas páginas dessa dissertação não falam somente sobre uma “outra” ou “outro”, mas também sobre mim, uma mulher cisgênero branca e periférica que, nesse momento de crise, teve a subjetividade atravessada por um diagnóstico psiquiátrico. A escrita em primeira pessoa emerge aqui como um ato desobediente à falsa impessoalidade proposta pelos manuais de classificação.

Sabendo que os cenários de vida incidem diretamente nas experiências de sofrimento, favorecendo ou não na elaboração de formas de enfrentamento, diante do paradoxo acima citado, algumas perguntas passaram a me interpelar: será que as questões de gênero, raça, classe e território estão sendo consideradas pelas/os profissionais no processo saúde-doença-cuidado nesse momento de crise? em que medida os estudos e as intervenções em saúde mental têm buscado realizar transformações nesse âmbito?

A partir desses questionamentos e da minha aproximação com as teorias feministas<sup>7</sup> e

---

<sup>6</sup> Todo o processo que culminou no desenvolvimento de uma pesquisa-intervenção-pesquisa está melhor descrito no item 3.

<sup>7</sup> Karla Galvão Adrião (2008), diz que o campo feminista brasileiro, pode ser separado, para fins analíticos, em três esferas: a acadêmica, a governamental e a do movimento, sendo borradas as fronteiras entre cada uma. No item 2.0 será desdobrado, a partir da esfera acadêmica, alguns apontamentos importantes acerca do feminismo decolonial, que me proporcionou metamorfoses no ato de pesquisar, atuar e enxergar o mundo.

decoloniais, despertei para o fato que as construções teóricas da Reforma Psiquiátrica e dos estudos feministas trazem pontos em comum.

Sobre isso, Melissa Pereira e Rachel Passos no livro “Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe” (2017, p.27), destacam a urgência de um debate que faça essa articulação, visto que “ambas nos colocam frente à problemática da dominação burguesa e patriarcal sobre as mulheres, a partir da medicalização e institucionalização, que encontra na lógica manicomial saberes e espaços privilegiados”.

A minha aproximação com o feminismo, enquanto movimento, aconteceu através do Facebook em 2016, durante e após o afastamento da ex-presidenta Dilma Rousseff, evento esse que alguns denominam impeachment -mas eu prefiro chamar de golpe- onde um grupo mais identificado e comprometido com as reivindicações neoliberais chegou ao poder.

Posso afirmar que tal aproximação foi rasa, mas fundamental para transmutar alguns caminhos que passei a trilhar. Ao (re)encontrar o feminismo, dessa vez enquanto *episteme* no início da pós-graduação, além da identificação, me senti acolhida e convocada a desenvolver essa pesquisa utilizando-o como referencial teórico.

Ademais, foi presenciando as sucessivas tentativas de desmonte das políticas públicas de saúde -sobretudo após o assombroso resultado da eleição presidencial de 2018- que percebi, efetivamente, a importância dos estudos que investiguem os serviços de saúde, com fins de superar suas fragilidades. Assim, assumindo que os saberes científicos não são neutros, mas parciais e localizados (HARAWAY, 1995), essa pesquisa teve os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:** Analisar como estão acontecendo as “atualizações” do cuidado entre as profissionais de saúde e as/os usuárias/os dos CAPS de Pernambuco no contexto da Pandemia da COVID-19, a partir do relato das trabalhadoras mulheres que compõem a equipe mínima<sup>8</sup> dos serviços.

**Objetivos específicos:** Destacar e discutir as atualizações do cuidado no âmbito digital, tecidas a partir da experiência de oficinas com/entre as profissionais; Investigar quais são os atendimentos realizados e como estes estão acontecendo durante a Pandemia; destacar o que

---

<sup>8</sup> A equipe mínima do CAPS é composta por: médica/o clínico; médica/o psiquiatra; enfermeira/o com experiência e/ou formação na área de saúde mental; profissionais de nível universitário (psicóloga/o, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagoga/o, educadora física/o ou outra/o profissional necessário ao projeto terapêutico), técnicas/os de enfermagem e profissionais de nível médio (BRASIL, 2013). Prefiro não delimitar, como critério de inclusão, profissionais de “campo específico” por entender a necessidade de uma responsabilização compartilhada para a produção da saúde.

revelam tais atendimentos em saúde mental em termos de invisibilidades e subalternidades de classe, raça, gênero e território.

Para melhor situar o problema dessa pesquisa, antes de adentrar no campo, fiz uma sucinta revisão da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando como descritores as palavras "Cuidado", "COVID-19", "Saúde Mental" e "CAPS", considerando as produções publicadas em português e espanhol entre março de 2020 e abril de 2021.

A partir da literatura obtida, percebi que a maioria das discussões sobre o cuidado em saúde mental advém do campo da Enfermagem, com ênfase para profissionais de saúde que estão atuando diretamente na linha de frente contra a COVID-19. Observei também diversas cartilhas com recomendações técnicas para orientação de trabalhadores e gestores do SUS.

No tocante aos trabalhos que mais se aproximavam do objeto desse estudo, nota-se poucas publicações, mas com experiências encorajadoras, apesar do subfinanciamento, desmonte e retrocesso das políticas públicas, sobretudo no âmbito federativo.

Saidel *et.al.* (2020) ao refletirem sobre as intervenções/ações de cuidado em saúde mental, constataram que em diversos pontos do Brasil estão acontecendo inúmeras iniciativas com a finalidade de cuidar do sofrimento psíquico, várias predominantemente na lógica digital ou telessaúde.

Nesse sentido, Cruz *et.al* (2020) relatam, a partir da experiência com um grupo de WhatsApp composto por funcionárias/os e usuárias/os de um CAPS do sul da Bahia, que o uso das redes sociais aparece como ferramenta que auxilia a desenvolver outras frentes de trabalho.

Experiência similar é descrita por Silva e Barbosa (2020), em um CAPS do Rio de Janeiro, além da experiência exitosa com os teleatendimentos, as autoras destacam a necessidade do acompanhamento das/os usuárias/os durante o período de restrição de atividades presenciais e distanciamento social.

De comum acordo nos textos acima citados, as tecnologias digitais, como as intervenções e atendimentos online, apareceram como uma potente possibilidade de produção do cuidado em saúde mental no atual contexto, entretanto, sabe-se que essas estratégias desenvolvidas para o momento da pandemia estão restritas às pessoas que possuem internet e dispositivos que realizam chamadas, além disso, não substituem o contato entre-pessoas. Essas e outras questões que circundam as "atualizações" do cuidado serão discutidas no item a seguir.

### 1.1. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS ATUALIZAÇÕES DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA.

A partir da promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil em 2001 e a instauração da RAPS em 2011, mudanças significativas foram acontecendo no país. Como resultado dos debates e do esforço das/os militantes antimanicomiais, hoje no Brasil, atribui-se aos CAPS's <sup>9</sup> o espaço para mudança do modelo de assistência.

Nessa direção, os desafios para uma mudança paradigmática no sentido da construção da atenção psicossocial estiveram presentes em Pernambuco. Pode-se destacar que o referido estado, durante os anos 1960, foi considerado um dos maiores polos de hospitais Psiquiátricos do Brasil, ficando atrás somente do Rio de Janeiro e de São Paulo.

Na tese intitulada “Memórias sobre a política de saúde mental em Recife: entre passos, descompassos e controvérsias”, Telma Maria Melo (2017) recorre às produções acadêmicas, relatórios, matérias de jornais, redes sociais, e conversas informais com atores que vivenciaram o processo de implementação da RP em Recife.

Melo (2017), afirma ainda que as práticas congruentes com o que se exige nos serviços vêm sendo garantidas a partir de um coletivo recifense que tenta avançar em momentos mais favoráveis e sustentar o que foi construído nos momentos de adversidade.

Assim, a efetivação de tais práticas tem de se realizar a partir de construções coletivas e participativas, não sendo suficiente garantir apenas os espaços de discussão, mas principalmente os de decisão e militância, assim como no nascedouro do movimento antimanicomial (MELO, 2017).

Ao discutir a formação da RAPS em Recife, a autora observa que os microprocessos de trabalho e intervenção em alguns serviços têm décadas de construção, enquanto em outros, são bem jovens. Atualmente, nesses espaços, existe desafios comuns, destacando-se a necessidade do investimento na lógica do cuidado, para que no cotidiano, se materialize práticas que

---

<sup>9</sup> CAPS I e II- Oferecem atendimentos diários de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III - Oferta atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPSAD- Para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. CAPSI- Para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPSADIII- Atendimento de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes (BRASIL, 2004, p. 22).

garantam o caráter antimanicomial e antiproibicionista (MELO, 2017).

O debate sobre cuidados em saúde mental tem sido construído por várias/os autoras/es de diferentes áreas do conhecimento. Ao me aproximar desse objeto, a partir da leitura de textos teóricos, relatos de experiência, ensaios, etc., ora encontrei concepções atravessadas por críticas à tutela e fomento da autonomia, ora não encontrei definição alguma, o que me fez pensar sobre o esvaziamento do termo.

Emerson Merhy (1998; 2002) é um dos autores que chama atenção para as diferentes formas de cuidado no campo da saúde. Antes mesmo da consolidação da RP, o autor já pesquisava sobre os modos de organização do SUS, com ênfase para a reclamação dos atendimentos por parte das/os usuárias/os.

Tais reclamações não advinham necessariamente da falta de conhecimento técnico das/os profissionais, mas da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços de saúde frente às demandas (MERHY, 1998; 2002).

Esse modelo de assistência centralmente organizado a partir de problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, é marcado, principalmente, pelo distanciamento que as/os profissionais de saúde tiveram dos interesses das/os usuários e pelo predomínio das tecnologias duras (MERHY, 1998; 2002).

Pode-se definir as tecnologias duras como as modalidades de intervenção em saúde centradas em um saber estruturado e reduzido à produção de procedimentos e instrumentos. As tecnologias leve-duras, seriam as normas, os protocolos, o conhecimento clínico e epidemiológico (MERHY, 1998).

Já as tecnologias leves, implicam comprometimento com a gestão coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de forma multiprofissional e interdisciplinar, pautado por resultados que se desdobram em benefícios para as/os usuárias/os. (MERHY, 1998).

Acredito que as tecnologias leves rompem com modelos subjetivos de manutenção de um *status quo* para enfatizar espaços de criação e de outras formas de existência que redimensionam o social. Por estarem no campo das linhas de fuga (DELEUZE; GUATARRI, 2019), são passíveis de atualizações.

Um exemplo disso são as tecnologias digitais, que durante muito tempo foram vistas como tecnologias duras em saúde, mas, como já foi dito, foram/estão sendo muito requisitadas

durante o atual momento de crise, por apresentarem um potente espaço para produção de intervenções.

Por isso, nessa dissertação, escolhi utilizar o termo **atualização** do cuidado, entendendo-o como o que se inventa a partir do que já existe. Uma invenção que fura a superfície de sentidos instituídos, a partir dos abalos produzidos pela pandemia.

Atualizar, aqui, implica em um processo de diferenciação que "traz para o real o absolutamente novo, que não estava contido no conjunto de possíveis pré-formatados ou pré-existentes" (DELEUZE, 1991 apud DIMENSTEIN *et. al.*, 2020 p. 11).

No desenvolvimento dessa pesquisa, percebi que essas atualizações não estavam acontecendo somente entre as profissionais dos CAPS e as/os usuárias/os do serviço, mas também entre mim e as interlocutoras, nós enquanto grupo de mulheres.

Para discutir sobre essas atualizações, organizei essa dissertação da seguinte forma: no item a seguir, procurei fazer alguns apontamentos teóricos importantes sobre o feminismo decolonial e seus (des)encontros com a Psicologia Social Crítica. Também trouxe um breve histórico da construção-efetivação dos serviços substitutivos no Brasil e seus desafios atuais.

Já no item 3.0 busquei relatar algumas vivências que precederam e redirecionaram minha entrada no campo. Tais mudanças impactaram o desenho da pesquisa, que passou a ser uma pesquisa-intervenção-pesquisa (ADRIÃO, 2014) mediada por oficinas. Além disso, procurei situar como aconteceram meus primeiros contatos com as interlocutoras desse estudo.

No item 4.0 apresentei os dados produzidos nos encontros grupais que estão bifurcado em dois eixos. O primeiro eixo explana, de maneira detalhada, como ocorreram as oficinas e como aconteceu o que chamo de uma atualização do cuidado tecida entre eu e as interlocutoras no campo digital. O segundo eixo, faz uma problematização de gênero e território a partir do que foi narrado pelas participantes sobre o funcionamento e as atualizações do cuidado tecidas entre elas e as usuárias/os nos CAPS durante a pandemia.

## 2      **MARCOS CONCEITUAIS**

### 2.1    DESCOLONIZANDO A LOUCURA: FEMINISMO DECOLONIAL COMO MARCO DE MIRADA.

O colonialismo visível te mutila sem disfarce: te proíbe de dizer, te proíbe de fazer, te proíbe de ser. O colonialismo invisível, por sua vez, te convence de que a servidão é um destino, e a impotência a tua natureza: te convence de que não se pode dizer, não se pode fazer, não se pode ser (GALEANO, 2020 p.157).

Estamos atravessando, desde os anos 1970, transformações estruturais em diversos campos do saber, que questionam profundamente o paradigma científico moderno e a noção de cultura dominante que desvaloriza os saberes populares e não científicos-hegemônicos, produzindo discriminações de pessoas e grupos sociais.

A perpetuação dessa lógica estrutural e seus efeitos pode ser entendida a partir da concepção da colonialidade enquanto um fenômeno histórico e cultural que a dominação e a exploração adquirem na constituição do sistema de poder mundial capitalista (QUIJANO, 2005).

A colonização da América a partir século XV reconfigurou o mundo, ao passo que a partir dela adveio a modernidade e o capitalismo, dando lugar a uma nova época, com um novo repertório de categorias, produzindo e inaugurando modos de subjetivação. A chegada da modernidade eurocêntrica e violenta no “novo continente”, dizimou nossos povos originários e suas identidades, inferiorizando-nos geossocialmente, e extraindo as riquezas dos lugares que eles e elas ocupavam, como bem exposto no livro “As veias abertas da América Latina” de Eduardo Galeano (2018).

O nascimento e a extensão da colonialidade está enraizada e estreitamente relacionada com o colonialismo. Aqui cabe destacar que colonialidade e colonialismo são conceitos distintos. Walter Mignolo (2003) diz que o colonialismo como fenômeno histórico precede e origina a colonialidade enquanto matriz de poder, mas a colonialidade sobrevive ao colonialismo.

As independências nacionais mantiveram diversos tipos de colonialidades nas nações ditas “independentes”, que são reproduzidas nas relações de poder até os dias atuais. Aníbal Quijano (2005) entende que o poder, forjado no bojo do capitalismo e do eurocentrismo, está estruturado em relações de dominação, exploração e conflito entre atores sociais. Nesse sentido, o

poder capitalista está organizado sobre dois eixos: a colonialidade do poder e a modernidade (PEIXOTO; FIGUEIREDO, 2018).

A categoria colonialidade do poder proposta por Quijano, nomeia o padrão de dominação global que se constitui como a face oculta da modernidade. Essa noção permite desvelar a matriz de poder própria da modernidade, que impregna, desde a sua fundação, cada uma das áreas da existência humana (QUINTERO; FIGUEIRA; ELIZALDE, 2019).

Já a modernidade é entendida como a fusão das experiências do colonialismo e da colonialidade com as necessidades do capitalismo, criando um universo de relações intersubjetivas de dominação sob uma hegemonia eurocêntrica. Sobre isso Oyewùmí (2020 p. 85) diz que “a ideia de modernidade evoca o desenvolvimento do capitalismo e da industrialização, bem como o estabelecimento de Estados-nação e o crescimento das disparidades regionais no sistema mundo”.

A colonialidade do poder expressa-se, dentre outras formas, na exploração do trabalho, em hierarquias sócio raciais, nas subjetividades diminuídas por meio do racismo, do *não moderno*, nas *epistemes* que traduzem o mundo de acordo com parâmetros eurocêntricos, e na subordinação das *mulheres de cor*<sup>10</sup>.

Essa forma de dominação acrescenta as instâncias de gênero e raça para construir uma teoria histórica de classificação social. Raça e gênero são construtos ideológicos que operam a partir de uma lógica baseada em dicotomias; razão/loucura, feminino/masculino, homem/natureza, mente/corpo, civilizados/bárbaros, humanos/não-humanos e muitas outras classificações que daí decorrem. Sobre isso, a socióloga argentina María Lugones (2014, p. 936), diz que “a dicotomia hierárquica como uma marca do humano também tornou-se uma ferramenta normativa para condenar os/as colonizados/as”.

A despeito dos estudos decoloniais, a colonialidade do gênero (e da sexualidade) foi uma das questões menos trabalhadas (QUINTERO; FIGUEIRA; ELIZALDE, 2019). Essa lacuna foi alvo de inúmeras críticas por não historicizar devidamente as relações modernas de gênero e seus correlatos.

O feminismo decolonial, proposto por Lugones, surge, então, como uma possibilidade de discutir e superar a colonialidade do gênero. A autora diz que entender traços específicos da

---

<sup>10</sup> Lugones (2020), afirma que o termo “mulheres de cor” aponta para uma coalizão aberta, com intensa interação intercultural entre mulheres indígenas, mestiças, mulatas, negras, cheroquis, porto-riquenhas, siouxies, chicanas e mexicanas, articulando-se não enquanto vítimas, mas como protagonistas de um feminismo decolonial.

organização do gênero no sistema moderno/colonial é central para entendermos como essa organização acontece de maneira diferente quando acrescida de termos raciais, senão vejamos:

Tanto o dimorfismo biológico e a heterossexualidade quanto o patriarcado são característicos do que chamo o lado iluminado/visível da organização colonial/moderna de gênero [...] Ao incluir esses elementos na análise da colonialidade do poder, quero expandir e complicar suas ideias, que considero centrais ao que chamo de sistema de gênero moderno/colonial (LUGONES, 2020, p. 56).

Caracterizar o sistema de gênero como colonial/moderno, tanto de maneira geral como em sua concretude específica e vivida, nos permite ver a imposição do colonialismo em sua real profundidade, e entender, historicamente, seu alcance destrutivo. Destarte, o feminismo decolonial inaugura outros modos de interpretação das formas de organização social, de forma mais aproximada da nossa experiência.

Nesse sentido, proponho, a partir do feminismo decolonial, considerar as articulações que as questões de gênero, raça e classe fazem com a loucura. Pereira e Passos (2017) destacam que essa relação se encontra invisibilizada, afirmam ainda que no campo da saúde, é imprescindível tratar de questões de gênero atreladas ao marcadores étnico-raciais e de classe, uma vez que esses quesitos vão determinar o atendimento e o acesso à saúde.

Especificamente no campo saúde mental, reiteram que a lógica manicomial se sustenta na reprodução do capitalismo que está assentado, respectivamente, no racismo, no patriarcado e no proibicionismo (PEREIRA; PASSOS, 2017).

As referidas autoras mostram aspectos e particularidades que envolvem o saber biomédico-eurocêntrico-hegemônico e sua relação com as ditas “loucas”. Sabe-se que construções científicas do início do século XX reforçaram a subalternidade das mulheres a partir da legitimação de sua inferioridade biológica, com destaque para as mulheres negras.

Nesse período, estudos anatômicos e patológicos certificaram o estereótipo da mulher atrelado à perversão sexual e desordem mental. Por conseguinte, mulheres foram alvos constantes de intervenções cirúrgicas e morais, pois a ciência racial e de caráter higienista da época, permitia procedimentos como a retirada do útero, ovários e clitóris das “loucas” internadas em hospitais psiquiátricos internacionais e brasileiros (PEREIRA; PASSOS, 2017).

Atualmente, em pesquisas realizadas por Valeska Zanello (2017) e Jalusa Arruda (2017), com profissionais de saúde, destaca-se a noção de que as mulheres utilizariam do sofrimento psíquico ou “adoeceriam” para fugir de obrigações ou obter atenção, e ainda, frente

às “históricas ou “promíscuas”, apresenta-se como forma de cuidado, manter a sexualidade sob controle a partir de equilíbrio hormonal, medicação psiquiátrica ou mesmo conselhos morais, com o intuito “interditar” o sofrimento e alinhá-las a “normalidade”.

Experiência similar é compartilhada por Érika Oliveira, Luciane Pezzato e Rosilda Mendes (2018), ao analisarem como uma equipe tece as redes de cuidado e práticas de saúde a partir da trajetória de uma usuária na Atenção Básica. Nesse trabalho, as autoras mostram a violência legitimada e reproduzida nas práticas de cuidado em saúde, afim de encaixar as mulheres naquilo que se convencionou considerar como o "padrão".

Essas informações me evocam Ailton Krenak (2019, p.11), quando fala que a colonização (e por conseguinte a colonialidade) se sustenta na premissa de que “existe um jeito certo de estar aqui na Terra”.

Tentar desnaturalizar esse “jeito certo” e pensar no processo saúde-doença-cuidado e loucura, implica compreender, como ponto de partida, que toda forma de “controle do sexo, da subjetividade, da autoridade e do trabalho existe em conexão com a colonialidade” (LUGONES, 2020, p. 57). Dessa forma, o feminismo decolonial me apresenta pistas para pensar e construir, possibilidades outras que não estejam alinhadas aos manicômios em suas múltiplas formas.

## 2.2 (DES)ENCONTROS ENTRE A PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA E O FEMINISMO DECOLONIAL

Como foi já dito no início do item anterior, os anos 1970 foram marcados por transformações em diversos campos do saber. No âmbito da Psicologia, aconteceu a “crise da Psicologia Social”, que teve como principal consequência o surgimento de novas propostas, tanto teóricas quanto metodológicas, interessadas em romper com os dualismos modernos e positivistas (ALVARO; GARRIDO, 2007).

À vista disso, destacarei, alguns encontros e interseções de dois campos do conhecimento que se constituíram paralelamente, mas possuem pontos em comum: A Psicologia Social Crítica e o Feminismo decolonial.

Escolhi destacar essas duas perspectivas, pois são bases que se encontram diversas vezes nessa pesquisa e também porque considero o meu encontro com elas um marco histórico na minha trajetória acadêmica.

A Psicologia Social Crítica me acompanha desde a graduação. Foi a partir do estranhamento e por diversas vezes me perceber “às margens” das diversas teorias e métodos da Psicologia que eu, uma mulher periférica, que nasci e “me criei” no interior da Paraíba, acabei me aproximando da abordagem que mais se aproximava da minha realidade.

Já o Feminismo decolonial, como já citei, conheci enquanto episteme (ADRIÃO, 2008) no início da pós-graduação, e proporcionou transmutações no ato de pesquisar e atuar no campo da Psicologia.

Sabendo que os processos de produção de conhecimento estão alicerçados nas transformações históricas, pode-se afirmar que falar da Psicologia Social Crítica e do Feminismo decolonial é falar também das transformações da América Latina e, conseqüentemente, do Brasil.

Ao longo dos anos 60 e 70 do século passado, a maioria dos países latino-americanos foram governados por militares. Foi no âmago desse momento que o psicólogo, filósofo e padre Ignacio Martín-Baró (1942-1989) realizou uma leitura crítica do fatalismo dos setores oprimidos que, para ele, implica nos efeitos da internalização da dominação colonial. Para o autor, os resquícios do colonialismo operam de forma complexa.

A obra de Martín-Baró está marcada pelos acontecimentos históricos dos quais foi protagonista. A partir da sua experiência durante a ditadura de El Salvador, problematizou como regimes políticos criam subjetividades. O autor criou o projeto de uma Psicologia Social Crítica que parte da realidade que vivem os diversos povos latino-americanos, para construir um conhecimento teórico relevante (MARTÍN-BARÓ, 2017).

Essa elaboração teórica foi orientada pelo compromisso com a mudança social, direcionada aos problemas existentes nos países que foram colonizados, com destaque para os caribenhos e sul-americanos (MARTÍN-BARÓ, 2017).

Sua contribuição à Psicologia está na proposta da construção de uma teoria crítica da realidade social, utilizando como ferramenta não somente a Psicologia Social, mas também as ciências sociais em geral. A consequência desta proposta é o compromisso social com as classes marginalizadas, a partir de uma Psicologia crítica, situada e libertadora (ALVARO; GARRIDO, 2007).

Ainda nesse período histórico, no contexto brasileiro, a população criou canais de reivindicação, como por exemplo as associações de bairro, os grupos de educação popular e

as comunidades eclesiais de base, como forma de resistência ao modelo ditatorial (CAMPOS, 2017).

As profissionais de Psicologia aproximaram-se desses movimentos populares, e suas práticas passaram a ser direcionadas para problemáticas diferentes das quais tradicionalmente se trabalhava. Desde então, o modelo hegemônico de atuação que consistia no binômio clínica/consultório em espaços urbanos, passou a ser repensado (CAMPOS, 2017).

Já no início de 1980, no cenário de redemocratização do país, a psicóloga brasileira Sílvia Lane (1933-2006) fundou e foi eleita presidente da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), com o firme propósito de consolidar a Psicologia Social Crítica no Brasil. Foi a partir desse enquadre teórico e metodológico que surgiu a Psicologia Social Comunitária. Essa perspectiva privilegia o trabalho com grupos e busca desenvolver atividades que fomentem o desenvolvimento da consciência crítica, da ética e da solidariedade, a partir da análise dos problemas cotidianos das comunidades. (CAMPOS, 2017).

Nesse momento de efervescência dos novos movimentos sociais e da convocação de uma postura ética-política das/dos profissionais, que o debate sobre gênero suscitado pelos feminismos ganha espaço no campo da Psicologia (ADRIÃO, 2008).

Atualmente, a relação entre psicologia e feminismos tem sido profícua, contínua e ganha diferentes formas, dependendo das contingências históricas e geográficas (REYES; MAYROGA; MENEZES, 2017).

No Brasil, considera-se a filósofa, historiadora e professora negra Lélia Gonzalez (1935-1994) como uma das pioneiras nos estudos sobre gênero, raça e colonialidade. Antes mesmo de María Lugones “criar” o Feminismo Decolonial, a brasileira já tecia ideias semelhantes no artigo intitulado "Por um feminismo afrolatinoamericano", divulgado em 1988 (GONZALEZ, 2020).

Apesar de sua importância, as contribuições de Lélia ficaram invisibilizadas durante anos. A autora construiu e publicou seus escritos entre 1980 e 1990, mas somente em 2020 foi publicado um livro que reuniu e pôs em destaque os seus artigos.

No campo da Psicologia, destaco dois intelectuais negros que sofreram o mesmo processo que Lélia: o filósofo e psiquiatra Frantz Fanon (1925-1961) e o poeta Aimé Césaire (1913-2008).

Os autores discutiram sobre as relações assimétricas entre norte e sul, ocidente e oriente,

além das consequências nocivas oriundas dos padrões instituídos pelo sistema moderno-colonial, considerando as especificidades latino-americanas e caribenhas (ORELLANO; GONZÁLEZ, 2015).

Ambos influenciaram fortemente o pensamento de Martín-Baró e de outros “grandes” nomes, como Franco Basaglia, considerado o “pai” da Reforma Psiquiátrica, entretanto, são pouco reconhecidos e referenciados pelas/os Psicólogas/os brasileiros. A invisibilidade destinada às/aos autoras/es negras/os faz parte de um problema que é estruturante e estrutural na nossa sociedade: o racismo.

No curso de Psicologia no qual me graduei, os autores que protagonizaram a formação foram, em sua maioria, homens brancos europeus ou norte-americanos. O contato com o pensamento decolonial me colocou em um movimento constante de revisitar meus pressupostos teóricos e metodológicos a partir da questão: o que (ou quem) torna um livro, uma teoria ou um autor, um clássico na Psicologia?

O olhar feminista decolonial tem sido uma lente capaz de denunciar e questionar de modo complexo a sofisticação discriminatória das bases epistêmicas na ciência de forma geral e, dessa forma, pode lançar uma atenção às disputas teóricas que geram silenciamentos e apagamentos sobre questões de gênero, raça, classe e território (SANTOS, 2018).

No campo da Psicologia, essa perspectiva implica em um novo posicionamento ético-estético e político, que fratura as concepções dicotômicas e reducionistas da(s) Psicologia(s) hegemônica(s) (REYES; MAYROGA; MENEZES, 2017).

Por isso, essa discussão se constitui em um espaço controverso, pois por um lado destaca pontos de convergência no domínio teórico-reflexivo e por outro lado, desvela zonas de tensão entre posicionamentos ético-políticos e os efeitos das ciências Psi, que por vezes reforçam padrões coloniais de dominação (CASTRO; MENEZES, 2020).

As/os teóricas/os feministas no campo da Psicologia, tem buscado construir perspectivas para enfrentar esses desafios. Apesar de emergir recentemente, tem conseguido criticar e propor alternativas frente às dinâmicas de poder e saber fundamentadas na lógica eurocêntrica/norte-americanizada que marcam não só a Psicologia, mas as ciências em geral.

O encontro entre a Psicologia Social Crítica e o Feminismo decolonial pode contribuir para a construção de uma subversão lógica contrária à colonialidade, a partir da reflexão sobre os processos históricos da América Latina. Aliadas, podem criar possibilidades de alteração e

superação de relações de dominação, que devem ser pensadas “*desde abajo y desde adentro*”. Pensar o Feminismo decolonial na Psicologia Social Crítica é um trabalho complexo, uma vez que as/os autoras/es dessa perspectiva não utilizam os conceitos delineados pelas/os autoras/es do giro decolonial. Entretanto, a lógica de uma práxis libertadora proporciona uma base epistêmica e metodológica que convergem em muitos aspectos com a proposta decolonial.

De alguma forma, as/os autoras/es decoloniais mantem em comum com o pensamento da Psicologia Social Crítica, a possibilidade de os grupos oprimidos latino-americanos converterem-se em sujeitos de sua história. Aproximam-se ainda quando afirmam que não há teorias neutras e possuidoras de “verdades universais” (ORELLANO; GONZÁLEZ, 2015).

Isso implica na desnaturalização dos fenômenos cotidianos, considerando o caráter histórico das experiências subjetivas (CASTRO; MENEZES, 2020). Juntas, essas perspectivas podem criar memórias de resistência para e de práticas que possam ancorar projetos coletivos de futuro, sobretudo nesse momento de crise e ataque à democracia, que estamos atravessando.

### 2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: DA CONSOLIDAÇÃO AOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.

Frente aos objetivos da pesquisa, acredito na pertinência de discorrer sobre aspectos históricos que caracterizam a mudança na concepção do que é “loucura” e a construção-efetivação dos serviços substitutivos de saúde mental no Brasil.

Michel Foucault em seu livro “História da loucura na Idade Clássica” (1978), diz que a partir do advento da medicina e da instituição do saber psiquiátrico no século XVIII, o médico passou a produzir a verdade da loucura que, neste momento, passa a ser entendida como doença. Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propôs uma nova forma de tratamento para a época, transferindo as pessoas diagnosticadas com “doença mental” para os manicômios.

Com a ascensão do capitalismo e aumento da miséria, objetivando higienizar o espaço urbano, além das loucas/os, foram internadas/os qualquer pessoa que ameaçasse a ordem social. O chamado Grande Internamento, tinha como finalidade a “reeducação”, para que se respeitasse as normas e se abandonasse condutas “inconvenientes” (FOUCAULT, 1978).

Com o “desenvolvimento” científico, as formas de classificação baseadas na nosografia médica foram ampliadas e o tratamento instituído aconteceu através de camisas-de-força,

hidroterapia, lobotomias, etc. Historicamente, os manicômios carregam consigo a marca da repressão sobre os corpos das/os que eram rotuladas/os como incapazes de tutelar sua própria vida (FOUCAULT, 1978), sobretudo das mulheres “loucas”, como já mencionado nesse texto. Além das mulheres asiladas, as mulheres trabalhadoras dos manicômios também merecem destaque nesse cenário. Sabe-se que os hospícios utilizavam a mão de obra escrava para perpetuar a lógica manicomial, ficando as mulheres negras responsáveis pela limpeza, serviços gerais e atividades voltadas para o cuidado das/os internas/os (PEREIRA; PASSOS, 2017).

Conforme Paulo Amarante (2007), foi na passagem do século XIX para o XX que as formas de tratamento nos manicômios passaram a ser duramente criticadas. Após a segunda Guerra Mundial, intimamente relacionadas com os Direitos Humanos, as críticas sobre a ineficiência, a alienação e desumanização perpetuada pelos hospitais, se intensificaram. A partir dessas críticas e com a emergência de movimentos sociais, aumentou-se o debate contra as repressões manicomiais.

Nos anos 1970, impulsionada por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. A reforma proposta por ele, a partir de suas experiências em Gorizia e Trieste, passou a fomentar a possibilidade de estabelecer outro entendimento sobre a loucura. Basaglia considerou, segundo Franco Rotelli (1990), que o principal erro da psiquiatria foi separar “a doença”, da existência global, complexa e concreta das pessoas e do corpo social.

Com base nessa separação, constituiu-se um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, todos referidos exclusivamente à “doença”. Nessa perspectiva, a desconstrução da lógica manicomial, seria a desmontagem desse conjunto de aparatos com fins de reestabelecer uma relação com as pessoas em sofrimento. Assim, a transformação deve transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais (ROTELLI, 1990).

No Brasil, o movimento da luta antimanicomial, inspirado nas propostas de Basaglia, iniciou no final da década de 1970 com a mobilização das/dos profissionais da saúde mental e familiares das/dos internas/os dos hospitais psiquiátricos que lutavam pelo fim dos manicômios e por tratamentos alternativos aos instituídos da época.

Nesse período, também eclodiu o processo que culminou nas mudanças no campo da

saúde e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que assenta-se, por sua vez, em princípios doutrinários (universalidade integralidade e equidade) e diretrizes organizativas (descentralização, regionalização, hierarquização, integração e participação comunitária) democráticas e inovadoras (AMARANTE, 2007).

Após anos de muita resistência e luta, em 2001 foi sancionada a lei 10.216/01, que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desde então, a Reforma Psiquiátrica (RP) vem sendo (re)construída cotidianamente nas práticas que devem ser garantidas pelo Estado, tendo por base a desconstrução da lógica manicomial (AMARANTE, 2007).

A atenção psicossocial passou a orientar o desenvolvimento do projeto institucional da rede substitutiva de saúde mental, promovendo a articulação entre os serviços. Para realização destas práticas, os serviços contam com uma equipe multidisciplinar (CREPOP/CFP, 2013).

Atualmente, a rede substitutiva de saúde mental conta com os Centros de Atenção Psicossocial; Residências Terapêuticas; Programa de Volta para Casa; Serviço Hospitalar de Referência; Centros de Convivência; Consultório na Rua; Escola de redutores de danos e Unidade Básica de Saúde, sendo estes serviços implantados de acordo com a necessidade e número de habitantes de cada município (BRASIL, 2004).

Mesmo com a promulgação da lei da RP e as respectivas conquistas dos serviços substitutivos acima citados, o movimento da luta antimanicomial no Brasil continua ativo e atento, buscando o diálogo, de forma interseccional, com outros movimentos sociais.

O manifesto/carta de Bauru criado em 1987, já apontava a necessidade de um projeto de desinstitucionalização que caminhe com outras lutas, na direção de uma sociedade mais igualitária:

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

Nesse sentido, como já dito nesse escrito, a luta antimanicomial e os estudos teóricos da Reforma Psiquiátrica quando articulados com estudos sobre gênero, sexualidade, raça, território e classe, possibilitam tensionamentos e transformações.

Rachel Passos (2018), ao fomentar inquietações sobre a história da RP, destaca a influência de Frantz Fanon, importante psiquiatra e filósofo negro para o pensamento de Franco

Basaglia. Essa contribuição acabou ficando invisibilizada na construção da RP brasileira, pois geralmente, considera-se apenas a experiência italiana. A autora assinala que essa invisibilidade destinada à Fanon, assinalada por Rachel e já pontuada no item anterior, faz parte de um problema que é estruturante e estrutural, o racismo.

Em pesquisa com cuidadoras de residências terapêuticas do Rio de Janeiro, Passos (2016) evidencia ainda que a RP tem “convocado” majoritariamente o trabalho de mulheres pauperizadas e negras, assim como nos primeiros hospícios do Brasil, assentando-se no trabalho vulnerável, instável e má remunerado para poder avançar.

Problematiza ainda: “por que ao falar da história da loucura no Brasil, comparamos o que aconteceu no Hospital Colônia de Barbacena com o Holocausto Nazista?” A autora faz referência ao livro "Holocausto Brasileiro" de Daniela Arbex (2013), um dos mais vendidos e referenciados quando se trata da história dos manicômios brasileiros. A história mostra, a partir do relato de profissionais, familiares e internas(os) as práticas manicomiais e mortes que aconteceram no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais.

O debate fomentado por Passos (2018) não tem o objetivo de desmerecer a importância do livro, tampouco medir o grau de atrocidade e de violação dos Direitos Humanos, mas reconhecer os fundamentos estruturantes da nossa realidade, enfatizando que é imprescindível racializar a história da loucura no Brasil.

A autora reconhece que as práticas manicomiais e suas respectivas atualizações aproximam-se mais do que acontecia nos navios negreiros, ou seja, estão mais atreladas ao colonialismo que ao holocausto (PASSOS, 2016; 2018).

Além dos desafios acima citados, a construção constante da RP depara-se com ações de interesse de mercado e do capital privado. Defende-se a partir das premissas neoliberais que:

[...] desde que o Estado cuide dos direitos de propriedade e reforce os contratos privados, o mercado, por si só, promoverá a distribuição eficiente dos recursos e, assim, o bem-estar geral da sociedade (TEIXEIRA, 1996, p. 22).

Nesse sistema, os direitos sociais passam a ser questionados, num processo constante de desresponsabilização dos Estados. Lima (2019), diz que no Brasil, o fortalecimento do neoliberalismo está em sintonia com as mudanças nas forças políticas desde 2017, quando formou-se uma "maré de contrarreformas", que vem atacando insistentemente as políticas públicas, dentre elas, a de saúde mental.

Nesse cenário, a primeira onda da contrarreforma psiquiátrica emerge como um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses. Fala-se do início de uma segunda onda da contrarreforma a partir de 2019, quando o governo federal deslocou a Coordenação Nacional de Saúde Mental e Drogas no Ministério da Saúde para a recém criada Secretaria Nacional de Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania. Essa segunda onda se instalou com a tentativa de revogação das regulamentações da Reforma Psiquiátrica no país, impulsionada pela crise sanitária da pandemia, em 2020.

Com o objetivo de sistematizar o conjunto de decretos, resoluções e portarias que afrontam os princípios da lei da RP, em novembro de 2020 a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) construiu um memorial<sup>11</sup> que traz à tona as mudanças legislativas que circunscrevem o campo da saúde mental no Brasil. Esse memorial foi assinado e compartilhado pelas treze entidades que integram o Conselho Consultivo da Frente Parlamentar Mista de defesa da RP e da Luta Antimanicomial.

As propostas contrarreformistas apostam, principalmente, em métodos individualizantes e medicamentosos como formas de “cuidar”, com foco na “cura” de sintomas (NUNES, *et.al*, 2019), além disso, investem e valorizam as instituições privadas, com destaque para as comunidades terapêuticas. Essas “mudanças” no modelo da atenção psicossocial representam um enorme retrocesso dentro de um cenário que o país vem se esforçando para superar há anos.

Reitero que o cuidado em saúde mental não pode se reduzir a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Nesse sentido, concordo com a proposta de Maria Gonçalves (2010) de discutir as políticas públicas a partir da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais.

Isso implica a desnaturalização dos fenômenos cotidianos, considerando o caráter histórico das experiências subjetivas, entendendo que toda intervenção ou atuação profissional necessita de uma compreensão da realidade que vá além dos aspectos generalistas, entendendo que nesse “intervir” subjetividades estão sendo forjadas e afetadas (GONÇALVES, 2010).

Por isso, faz-se necessário atentar-se às diferentes formas de produzir saúde que podem fortalecer ou contra-atacar a contrarreforma, uma vez que a assombrosa ameaça de retorno dos hospícios é só a ponta do iceberg de toda uma estrutura manicomial que ainda está incrustada na sociedade brasileira, e cuja desconstrução é trabalho para mais algumas gerações.

---

<sup>11</sup> Disponível em <<https://site.cfp.org.br/cfp-na-luta-contra-desmontes-nas-politicas-de-saude-mental/>>

Os marcos teóricos apresentados nesse item conseguiram me ajudar a pensar e repensar a amplitude e complexidade que circunda o cuidado em liberdade e suas respectivas atualizações no campo da RP. Analisar as atualizações do cuidado no contexto da pandemia da COVID-19 a partir desses “marcos de mirada” exigiu posicionamentos e localizações (HARAWAY, 1995), me deixando atenta ao âmbito micropolítico ao passo que precisei desnaturalizar explicações universais.

Foi a partir desse movimento constante e de algumas experiências no campo digital que importantes mudanças na metodologia dessa pesquisa aconteceram. Tais mudanças impactaram o desenho da pesquisa, que passou a ser uma pesquisa-intervenção-pesquisa (ADRIÃO, 2014) mediada por oficinas. O item a seguir traz as sinuosidades desse percurso, além disso, mostra os procedimentos da pesquisa e meus primeiros contatos com as interlocutoras desse estudo.

### 3 SINUOSIDADES METODOLÓGICAS

Fui treinada para acreditar que quem apoia em uma história pessoal como evidência para defender ou confirmar uma ideia jamais poderia ser acadêmica e/ou intelectual, de acordo com o pensamento do dominador no ensino superior. Contar uma história pessoal para documentar ou estruturar um argumento era sinal de que a pessoa não estava lidando com os fatos comprovados, de que não era científica o suficiente. Sou grata por ter vivido para descobrir quanto do que nos diziam ser ciência dura ou dados eram, na verdade, histórias, a começar pela interpretação de dados e de fatos. (HOOKS, 2021, p. 89)

Esse é um estudo com abordagem qualitativa, realizado através da metodologia da pesquisa-intervenção. A investigação qualitativa valoriza os processos, incluindo o que é singular, num contexto histórico e social mais ampliado. Já a metodologia da pesquisa-intervenção acontece a partir da atuação realizada com grupos e comunidades (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Karla Adrião (2014) destaca que podemos pensar o termo "pesquisa-intervenção-pesquisa" para selar a coalizão entre pesquisa e intervenção ou seja, "pesquisa e intervenção atuam reflexivamente e co-participativamente como dispositivos que possuem especificidades, mas que necessitam um do outro no cotidiano dos fazeres, saberes e poderes" (ADRIÃO, 2014 p.4).

Diante da complexidade envolvida no atual cenário e respeitando a necessidade do distanciamento, a produção dos dados aconteceu online. Assim, passei a dialogar também com a Antropologia digital. Essa perspectiva volta a atenção para o estudo de práticas, interações, usos e apropriações de meios por grupos e comunidades situadas no universo digital: "temos tratado esses fenômenos de modo a rastrear suas conexões on e offline, pensando, sobretudo, em trânsitos, continuidades e em fluidez" (LINS; PARREIRAS; FREITAS, 2020, p. 3).

Para a seleção das participantes, foram adotados os seguintes critérios:

- Critério de inclusão – Profissionais mulheres que fazem parte da equipe mínima dos CAPS's<sup>12</sup> do estado de Pernambuco e que estejam desenvolvendo atividades nos serviços de forma presencial ou online durante a Pandemia da COVID-19.
- Critérios de exclusão – Profissionais de saúde que não atuam nos CAPS's de Pernambuco; Profissionais que não estão atuando ou atuaram em algum momento do

---

<sup>12</sup> A equipe mínima é composta por: médica/o clínico; médica/o psiquiatra; enfermeira/o com experiência e/ou formação na área de saúde mental; profissionais de nível universitário (psicóloga/o, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagoga/o, educadora física/o ou outra/o profissional necessário ao projeto terapêutico), técnicas/os de enfermagem e profissionais de nível médio (BRASIL, 2013)

contexto pandêmico.

A escolha de oficinas como principal instrumento esteve aliada aos pressupostos da Psicologia Social Crítica (ÁLVARO; GARRIDO, 2007), interessada em romper com os dualismos comuns ao campo de uma Psicologia de cunho mais individualista. Construí as oficinas buscando desenvolver com o grupo atividades que estimulassem espaços de fomento à consciência crítica, à ética, e à solidariedade.

Fazer Psicologia, nesta perspectiva, é realizar trabalhos que visam construir uma nova realidade social. Nesse sentido, Martín-Baró (2017) afirma que a Psicologia deve promover uma nova mentalidade em todos os níveis de sociedade, ressaltando que

(...) não se trata de indicar ao povo o que deve fazer ou não; trata-se de incorporar o que fazer (*sic*) científico a uma práxis social libertadora, que desmascara e destrói a manipulação, promovendo uma sociedade baseada na solidariedade e na justiça. (MARTÍN-BARÓ, 2017, p. 155).

Essa concepção de atuação da profissional de Psicologia aproxima-se das perspectivas decoloniais, pois conforme Rufino (2019, p.6) “a descolonização deve emergir não somente como um mero conceito, mas também como uma prática permanente de transformação social na vida comum, é, logo, uma ação rebelde, inconformada, em suma, um ato revolucionário”.

Cabe destacar ainda, que pesquisar a partir do feminismo decolonial é assumir uma perspectiva situada e parcial (HARAWAY, 1995) que exige posicionamento constante – logo, não neutro- delineando-se como um esforço no sentido de perceber aquilo que a minha formação teórico-metodológica norte-americana/eurocêntrica desconsidera, me colocando em um movimento constante de “refazer caminhos, desconstruir saberes e questionar alguns ‘achados’ em pesquisas” (SANTOS, 2018 p.7).

### 3.1 A CONSTRUÇÃO DE UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO-PESQUISA ONLINE.

O desejo de realizar intervenções grupais já me acompanhava desde quando realizei o processo seletivo do curso de mestrado. Como já foi dito nas notas introdutórias, a princípio, eu queria pesquisar sobre temáticas concernentes à sexualidade de pessoas em sofrimento psíquico e um trabalho que muito me inspirou foi a tese de doutorado do enfermeiro e pesquisador Claudio Mann.

Foi a partir de oficinas com profissionais de saúde que Mann (2017), constatou que usuárias/os são vistas/os como incapazes de exercerem sua sexualidade e, por conseguinte, ficam sujeitas/os à diversas situações que contribuem para a vulnerabilidade em saúde.

Me deparei com esse trabalho a partir de uma revisão sistemática que fiz para elaborar meu pré-projeto e fiquei encantada com a possibilidade de construção de dados a partir de encontros grupais. Alguns meses depois, mais precisamente em agosto de 2019, o Mann-dois-mil-e-dezessete se tornou o Claudinho, quando o encontrei em um evento sobre saúde mental na cidade de Recife.

Foi uma grande surpresa e alegria, pois eu não sabia que ele seria um dos palestrantes. Após sua exposição no evento, aproveitei para elogiar o seu trabalho e falar do meu pré-projeto. Na oportunidade, ele me incentivou a pesquisar sobre sexualidade e comentou sobre a potência das oficinas, mas ressaltou que é preciso tempo para desenvolver uma pesquisa-intervenção com grupos.

Assim, após a minha aprovação no mestrado, no tocante às questões metodológicas, continuei elaborando o projeto de pesquisa com a proposta de realizar entrevistas individuais com as profissionais dos CAPS. A partir do advento da pandemia, a construção do projeto foi atravessada pelas diferentes fases de contágio da COVID-19. Por algum tempo acreditei que a imunização das pessoas seria rápida, que o pesadelo da pandemia acabaria em breve e que eu conseguiria realizar o levantamento dos dados de forma presencial.

O processo que culminou com a efetivação de uma pesquisa-intervenção-pesquisa online foi impulsionado durante o exame de qualificação do projeto dessa pesquisa em abril de 2021. Foi nesse encontro que “caiu a ficha” e pude perceber que o mais prudente seria fazer o campo online.

Foi também onde expus a possibilidade da realização de encontros grupais a partir de oficinas com arte e isso foi muito bem recebido e incentivado pelas professoras participantes da banca. Após conversas com minha orientadora, decidi mudar os procedimentos metodológicos.

Apesar de muito feliz, sabia que seria desafiador, uma vez que eu nunca tinha realizado a mediação de oficinas online. Quando comecei a planejar os encontros, me deparei com uma insegurança que por vezes me paralisava e a pergunta “será que vai dar certo?” passou a me acompanhar com certa frequência. Foi participando de alguns grupos online que a pergunta

acima citada se transformou em “o que tem dado certo quando se trata de encontros online?”.

Antes de tentar responder essa pergunta, percebi que algo anterior precisava ser revisto: a minha relação com o digital<sup>13</sup>. Como a maioria das estudantes, as minhas experiências nesse campo passaram a ser mais intensas e recorrentes a partir da pandemia. Concordo com Beatriz Lins, Carolina Parreiras e Eliane Freitas (2020) quando dizem que “deixamos de ‘entrar na internet’ e passamos a nela viver imersos, ou, no mínimo, a termos nossa vida cotidiana atravessada pela digitalização” (Ibid. p. 4)

Aulas, reuniões, supervisões, lives, congressos... tudo online. Algumas experiências boas e outras nem tanto. Lembro-me que certo dia, conversando com a minha orientadora, ela falou que estava colecionando vivências online. Passei a fazer também a minha coleção, para isso, comecei a prestar mais atenção ao que acontecia nos momentos que eu estava conectada ao digital.

Dentre os vários momentos online “colecionados”, destacarei brevemente três que impactaram fortemente as sinuosidades metodológicas dessa pesquisa: a primeira aula da disciplina “colóquio de pesquisa 2” ministrada por Jaileila Menezes e Wanderson Aquino; os encontros de supervisão coletiva; e o intensivo de dançaterapia (este último está melhor descrito no item procedimentos).

Os encontros da supervisão coletiva<sup>14</sup> aconteceram quinzenalmente nas sextas-feiras a tarde, com duração média de duas horas. Entre leituras, discussões de artigos, vídeos e construções de texto, a arte esteve presente, não como mero ornamento, mas como possibilidade de diminuir as distâncias que nos interpelavam.

Alexya, Amanda, Marisa, Raissa, Thereza, Ítala, Everton, Karla, Laís e Priscila me aproximaram de seus objetos de pesquisa, de suas vidas e me auxiliaram a refletir sobre as perspectivas e desafios que estávamos enfrentando no contexto da crise da pandemia. Foi nesse grupo que eu fortaleci a ideia de que é possível cultivar afetos e vínculos mediados pelo digital.

Tomo emprestado as palavras de Jota Mombaça (2021) para dizer que com elas eu aprendi que

Politizar a ferida, afinal, é um modo de estar juntas na quebra e de encontrar, entre os

---

<sup>13</sup> Escolho o termo digital pois me aproximo de Lins, Parreiras e Freitas (2020, p.2) quando o definem como “um conjunto heterogêneo e bastante amplo de objetos, ações e relações sociotécnicas que se tornaram parte da nossa experiência cotidiana, modulada por marcadores sociais de classe, gênero, idade, raça, sexualidade, dentre outras.

<sup>14</sup> Os encontros de supervisão coletiva são orientados da prof.<sup>a</sup> Karla Galvão Adrião. O grupo é composto pelas estudantes vinculadas ao LABESHU/Acoletiva do PPGPsi da UFPE.

cacos de uma vidraça estilhaçada, um liame impossível, o indício de uma coletividade áspera e improvável. Tem a ver com habitar espaços irrespiráveis, avançar sobre caminhos instáveis e estar a sós com o desconforto de existir em bando, e desconforto de, uma vez juntas, tocarmos a quebra uma das outras (MOMBAÇA, 2021, p. 26)

Já a disciplina “colóquio de pesquisa 2” que aconteceu entre outubro de 2020 e março de 2021 propiciou momentos de aprendizagem e estímulo à criatividade. A primeira aula foi marcada por uma oficina de escrita criativa. Começamos escutando a história e vendo as imagens do livro “Nweti e o mar” de José Eduardo Agualusa.

Depois, foram formados sub grupos com as alunas da turma, então discutimos juntas se alguma imagem ou momento da história nos fez lembrar dos nossos objetos de pesquisa. Em seguida, cada uma foi convidada a escrever/desenhar sobre a relação entre as imagens apresentadas e as questões que envolviam nossas pesquisas. Essa aula/oficina acendeu uma faísca de ânimo em um momento que eu estava tomada pelo cansaço. Consegui produzir o seguinte texto-carta:

*“Diário de bordo. Primeiro dia de viagem. Olho pela janela e vejo vários rostos emoldurados pelas frestas virtuais. Alguns conhecidos, outros que se tornariam ao longo do percurso. Com o som proporcionando um certosentimento de pertencimento, partimos.*

*Na primeira estação, um conto foi lido e um desafio foi lançado: “Qual imagem fez lembrar teu objeto de pesquisa?” Mesmo com o pássaro da dúvida cantando ao pé do ouvido, escolhi a imagem da mão segurando a concha. A forma como Nweti escutava a conchinha me cativou e me fez lembrar que escutar também é cuidar. Escutar na dimensão de estar- junto, como uma possibilidade de promover saúde. Ao investigar o cuidado em saúde mental e sabendo de seus desafios, gostaria de encontrar o vínculo e a delicadeza da escuta que Nweti tinha com Eustáquio no campo em que estou adentrando. Antes da próxima estação, uma frase marcante: estar em viagem é viajar.*

*Entre embarques e desembarques, por vezes me dei conta do que tem sido a pós graduação e tantas outras jornadas que só consegui ingressar por causa daquelas que me carregaram nos ombros e apostaram em mim, mesmo quando eu sucumbi, nesse trajeto, reparei também a minha responsabilidade de levar outras nos ombros para que elas estejam onde querem estar e cheguem onde devem chegar, mesmo com o mundo sucumbindo.*

*Seguindo o caminho, em uma das estações, fui envolvida pela lembrança de um conto de Galeano que narra a história de um menino que nunca viu o mar, e no dia que conseguiu, acompanhado*

*do pai, tremendo diante da imensidão azul pediu: “me ajuda a olhar”. E assim aconteceu comigo nas estações seguintes, várias foram as/os que me ajudaram a olhar: as escritas, os mapas, os territórios, os corpos, as memórias e suas respectivas imensidões. Nessa viagem que ainda não acabou, me sinto como a concha Eustáquio, sendo delicadamente amparada e escutada, mesmo através dos meus silêncios. Que venham as próximas chegadas e partidas”.*

As supervisões coletivas, as aulas da disciplina de colóquios e tantos outros bons momentos que aconteceram no âmbito digital foram potentes não só para essa pesquisa, mas principalmente para a “atualização” da pessoa-pesquisadora-profissional que sou/estou-sendo, além disso, me convenceram que é possível, no coletivo, com a ajuda da arte, desfazer-se de automatismos e fomentar a construção conjunta de linhas de fuga.

Foi assim que passei a pensar e construir um projeto maior que denominei “projeto An(danças)”, com o compromisso central de fazer algo além de uma “coleta” de dados, a partir dos métodos da Dançaterapia e do Teatro do Oprimido. Gostaria que o meu encontro com as interlocutoras dessa pesquisa fosse, antes de tudo, um momento de respiro, assim como todos os momentos acima destacados foram para mim.

### 3.2 SOBRE A ELABORAÇÃO DOS ENCONTROS

Para a realização dessa pesquisa, tive alguns cuidados em relação à forma de construir, facilitar e conduzir os encontros, sem desconsiderar as questões de poder e privilégio, reconhecendo que a posição que cada pessoa ocupa é fundamental para a constituição das relações do grupo (ADRIÃO, 2014).

Ao preparar as oficinas<sup>15</sup>, inspirei-me na proposta da sessão arteterapêutica de Ângela Philippini (2011), que é dividida em três etapas 1- preparação 2- desenvolvimento 3- conclusão. Na primeira etapa, aconteceu a sensibilização ao tema da oficina através de exercícios corporais ou de imaginação. No desenvolvimento das mesmas, utilizei perguntas da entrevista semiestruturada<sup>16</sup> como disparadoras para realização da conversa proposta para o encontro. Para

---

<sup>15</sup> Acho pertinente destacar que esse é um termo em disputa e bastante polissêmico, atravessado por diversas epistemes e metodologias. No campo da Psicologia, algumas vertentes utilizam para designar um espaço de aprendizagem- *workshops*, outras, vão usar como sinônimo de processo grupal no qual as relações entre facilitadoras e participantes é mais fluida. Mais a frente, delineio com maior precisão como o termo é apreendido nesse trabalho.

<sup>16</sup> Durante as oficinas, contei com um roteiro de perguntas que se caracteriza como entrevista semiestruturada.

a conclusão, aconteceu um momento avaliativo e/ou de relaxamento.

O campo da Arteterapia, por apresentar um método baseado no uso de várias formas de expressão artística, relaciona-se com as metodologias que incitam a participação (ADRIÃO, 2014) e me permitiram refletir sobre modos de subjetivação. O objetivo foi fraturar as dicotomias herdadas da visão colonialista e etnocêntrica de arte, percebendo-a como linguagem dialógica que transcende a racionalidade científica.

Cabe destacar que nessa pesquisa, a oficina configura-se como um potente espaço no qual o trabalho com grupos se efetiva, em outras palavras, "possibilita a construção de conhecimentos que repercutem nos processos de subjetivação dos/as participantes, permitindo novos posicionamentos e deslocamentos operados no grupo" (ADRIÃO, 2014. p.6).

Por isso, fiz e refiz vários “roteiros” de oficinas, como quem traceja um mapa. Ao desenvolvê-las várias mudanças foram realizadas de acordo com o percurso que estava sendo construído pelo grupo.

O instrumento que me ajudou nesses “desenhos” foi o diário de campo, que não serviu apenas para registrar o que aconteceu, mas para construir uma memória escrita/desenhada das coisas ouvidas, lidas e sentidas, com o intuito de "rememorar e dar-se conta”.

O diário de campo é uma ferramenta metodológica importante para a elaboração de textos que apresentam resultados da pesquisa. Para a pesquisa cartográfica são feitos relatos regulares, após as atividades realizadas, que reúnem tanto informações objetivas quanto impressões que emergem no encontro com o campo. De acordo com Laura Barros e Virgínia Kastrup (2010) os diários devem

captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos. Longe de ser um momento burocrático, sua elaboração requer até mesmo um certo recolhimento, cujo objetivo é possibilitar um retorno à experiência do campo, para que se possa então falar de dentro da experiência e não de fora, ou seja, sobre a experiência (BARROS; KASTRUP, p. 54).

### 3.3 A DANÇATERAPIA E O TEATRO DO OPRIMIDO NA PRODUÇÃO DOS DADOS

Em todas as etapas das oficinas a expressão foi trabalhada de maneira artística e, por vezes, não verbal. Cabe destacar que nessa pesquisa, a arte foi utilizada para facilitar/fomentar processos criativos e de expressão. Dessa forma, o trabalho final foi pouco relevante e o que

---

Aragaki *et.al.* (2014) ressaltam que a construção prévia das perguntas pode possibilitar a interanimação dialógica e a manutenção do foco das oficinas, a fim de que os pressupostos da pesquisa sejam contemplados

se levou em consideração foi o processo em vez do produto em si.

Concordo com Andréa Graupen e Karla Adrião (2020) quando dizem que o processo artístico corresponde a:

abrimos e alargamos um espaço interno, para permitirmos que algo seja criado. Nestes termos, podemos fazer alusão ao ato de abrir o peito, para que consigamos, dessa forma, respirar melhor enquanto produzimos. E produzindo dentro, internamente, ao abrimos nosso peito e respirarmos com presença e consciência, tranquilamente, também produzimos fora, externamente. Por que se alargamos e conseguimos fazer outras conexões imaginativas e criativas dentro, vamos desdobrar este ato, podendo levar esta experiência para um fazer que está fora de nós, expandido. Então, é primeiro dentro de nós que criamos e processamos, para depois sair algo para o mundo externo (GRAUPEN; ADRIÃO, 2020, p. 122).

Para que isso acontecesse, realizei uma interlocução entre os estímulos criativos propostos pela dançaterapia, método criado pela argentina María Fux e os exercícios e jogos propostos pelo Teatro do Oprimido (TO), método teatral criado pelo teatrólogo brasileiro Augusto Boal.

O TO trabalha numa dinâmica que visa desenvolver nas/os participantes melhores formas de se expressar, além de fazer com que elas/eles ocupem um papel ativo, protagonize as mudanças necessárias e ensaiem as alternativas para as opressões cotidianas. Sua prática estimula as potencialidades que todas/os têm, despertando “áreas adormecidas” em todo o corpo e oferecendo infinitas possibilidades de criação, expressão e emancipação (BOAL, 2007).

Devido às adaptações impostas no nosso dia a dia, o nosso corpo e os nossos sentidos sofrem com a mecanização. O autor nos convida a desmecanizar os corpos através dos jogos e exercícios divididos em cinco categorias: sentir tudo que se toca, escutar tudo o que se ouve, ver tudo o que se olha, ativar os vários sentidos e a memória dos sentidos:

Na primeira categoria, procuramos diminuir a distância entre sentir e o tocar; na segunda, entre o escutar e ouvir; na terceira, tentamos desenvolver os vários sentidos ao mesmo tempo; na quarta, tentamos ver tudo aquilo que olhamos. Finalmente, os sentidos têm também uma memória, e nós vamos trabalhar para despertá-la: é a quinta categoria (BOAL, 2007, p. 89).

Já em relação à dança, estudos apontam que esta surgiu desde os tempos mais remotos, como forma de manifestação da vida. Na Grécia Antiga, por exemplo, a dança relacionava-se ao cotidiano das pessoas desde os rituais religiosos até os treinamentos militares. Sócrates, filósofo de destaque da época, entendia a dança como

uma prática que formava de modo completo o cidadão, pois a partir da noção de que corpo e espírito estariam interligados, essa prática além de proporcionar saúde, através dos movimentos corporais, propunha também análises estéticas e filosóficas, estando presente

na educação grega (FONTINELE; NASCIMENTO, 2019).

Na América Latina, o processo de colonização exterminou grande parte das danças, rituais e obras de arte produzidos pelos povos originários. Apesar da colonialidade perpetuar, até os dias atuais, a inferiorização e o controle das manifestações artísticas que não se alinham ao padrão norte-americano/eurocêntrico, diversos povos encontram na dança formas de resistência para preservar seus modos de vida e práticas culturais (GALEANO, 2018).

A Dançaterapia foi um dos primeiros movimentos que utilizou a dança como recurso terapêutico, em meados da década de 1960, entendendo que movimentar-se promove a consciência corporal, expressividade, autorregulação, sensibilidade, etc. Dessa forma, a dançaterapia considera o corpo veículo da expressão dos sentimentos, emoções e sensações (FUX, 1996).

Na contramão das adaptações, nas oficinas, os sentidos foram estimulados, entendendo que não existe uma dicotomia entre o corpo e os processos subjetivos. Boal (2007), diz que um movimento corporal é um pensamento e um pensamento também se exprime corporalmente. Assim, os movimentos podem produzir consciências de pequenos acontecimentos, tornando-se capazes de romper com categorias e expectativas pré-estipuladas, conseguindo, dessa forma, construir redes e ampliar possibilidades de afetar e ser afetado.

Nessa perspectiva, Boal (2007) aproxima-se de Fux (1993;1996;1998), pois a autora afirma que a dança e o movimento são meios das pessoas aprenderem a se comunicar com o mundo. Quando uma pessoa toma consciência dos seus limites todo seu potencial criativo amplia e o corpo se transforma num poderoso veículo de comunicação tão ou mais forte que sons ou palavras, um passo importante que auxilia no processo de ressignificação:

Conhecer-se e através de si, conhecer o outro, e se diariamente, conhecendo meus limites, vou-me transformando, o outro também o fará, não apenas psiquicamente, mas também corporalmente. Vendo como crescem esses seres que chegaram até mim, como necessitam de mim e eu, deles, como recebem e reconhecem a música e as palavras, convenço-me de que ao nosso redor existe um fluxo de vida que espera que a compreendamos para poder compreender (FUX, 1998, p. 98).

Acredito que ambas as perspectivas ajudam a fraturar a perpetuação da colonialidade. Rufino (2019) diz que um dos efeitos do "desencantamento do mundo" provocado por essa matriz de dominação produz enrijecimento e bloqueios na comunicação. O encontro entre a Dançaterapia e o TO foi uma aposta no exercício de "dobrar a linguagem" para ampliar as formas de diálogo e distanciar-se desse desencantamento.

Ao trazer o TO e a dançaterapia para a cena do levantamento dos dados, pretendi forjar ferramentas de pesquisa alternativa às tradicionais, bem como utilizá-las como estratégias terapêuticas e de enfrentamento à mecanização dos corpos das participantes, tentando promover, dessa forma, um movimento em direção à afirmação da vida.

### 3.4 QUESTÕES ÉTICAS

No tocante aos aspectos éticos, a pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética da UFPE. Segui as diretrizes da resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que dita o respeito às participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade sob forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, de contribuir e permanecer ou não na pesquisa.

Todas as participantes foram informadas sobre os propósitos do estudo e assinaram o TCLE após os procedimentos serem minuciosamente descritos. Foi garantida a confidencialidade dos dados e da identidade das participantes, bem como assegurado seu direito de retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum ônus pessoal. Todos os dados produzidos nas oficinas, as gravações, as transcrições e os diários de campo ficarão armazenados em um computador pessoal, pelo período mínimo de 5 anos, sob a minha responsabilidade.

Ao planejar os encontros, pensei sobre a possibilidade de constrangimento, desconforto ou estresse ao participar das oficinas, entretanto, esses riscos foram minimizados uma vez que foi prezado o acolhimento, respeito e sigilo. Por tratar-se de uma pesquisa que aconteceu por meios digitais, também levei em consideração o risco de pessoas desconhecidas tentarem adentrar às vídeo-chamadas. Para evitar o vazamento de dados e potencial quebra de confidencialidade foram criadas senhas para acessar os encontros, as quais somente eu e as participantes tiveram acesso.

Além disso, logo nos primeiros contatos com as interlocutoras (que serão melhor descritos adiante), já deixei evidente algumas “regras” necessárias para que o sigilo fosse garantido, como por exemplo, o uso de fones de ouvido, estar em um ambiente sem interferências externas e o compromisso com a confidencialidade do que seria compartilhado nos encontros.

### 3.5 PROCEDIMENTOS

A minha intenção era iniciar o contato com as participantes logo após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em julho de 2021. Porém, um contratempo desagradável aconteceu: fui infectada pelo novocoronavírus. Isso fez com que os prazos fossem revistos, pois mesmo apresentando sintomas “leves” precisei de mais ou menos dois meses para retomar a pesquisa. Hoje, mesmo passados mais de seis meses que testei positivo, sigo em recuperação.

A proposta inicial era realizar uma entrevista individual onde eu me apresentaria, explanaria a proposta da pesquisa e perguntaria algumas informações de disponibilidade e sociolaborais para as participantes. Após esse primeiro encontro, a partir das respostas, eu faria uma análise de horários mais convenientes para a realização das oficinas.

Estabelecido o dia e horário, iniciaria quatro oficinas com duração média de 1 hora e 30 minutos que aconteceriam semanalmente ou quinzenalmente. Entretanto, o tempo que eu tinha para realizar o levantamento dos dados era curto e ficou ainda mais achatado após a minha infecção. Precisei pensar em alternativas e a que mais me entusiasmou foi a possibilidade de realizar os encontros em dias seguidos.

Coincidentemente, quando eu estava refazendo meu cronograma, fiquei sabendo, através de uma rede social, que aconteceria durante três dias um intensivo de dançaterapia online e gratuito com Pio Campo, o responsável pelo Instituto María Fux e considerado o principal sucessor da criadora do método.

Eu já acompanhava pela internet o trabalho de Pio desde que conheci a dançaterapia, e observava que seus cursos geralmente aconteciam na Itália, na Argentina e quando no Brasil, nas capitais de São Paulo e do Distrito Federal. Isso me impossibilitava de participar, já que não tinha como arcar com os custos do curso mais o deslocamento.

Quando me deparei com a oportunidade de participar online e gratuitamente quase não acreditei. Fiquei esperando as inscrições abrirem e fiz assim que foi possível. Alguns dias depois, recebi, com grande alegria, um e-mail com a confirmação da minha inscrição. Além da confirmação, vieram no corpo do e-mail algumas orientações sobre os encontros que tiveram duas horas de duração cada.

Esse intensivo foi um marco, um giro, um novo ponto de partida. Pude sentir meu corpo vivo, criando, enérgico. A tela do meu computador se transformou em uma pele que me tocou

que pude, através dela, tocar outras pessoas.

Após o intensivo de dança-terapia, notei que realizar os encontros em dias seguidos era bastante potente, então, reduzi o número de oficina para três com duração de 1h e 30 min, em dias sequenciados. Decidi as datas e horário que aconteceriam as oficinas, bem como algumas recomendações para participação.

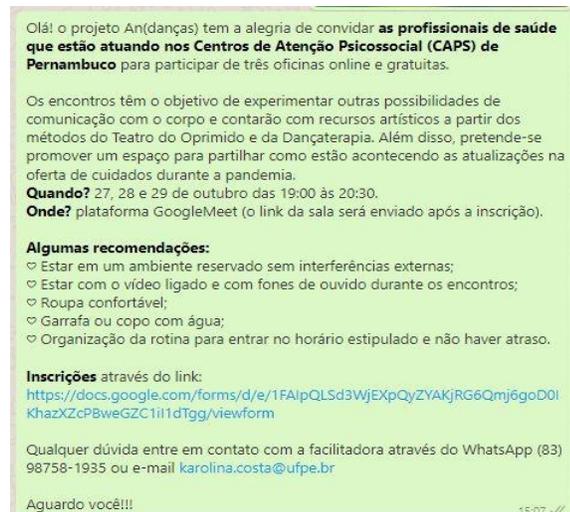
Em seguida, comecei a elaborar os convites para as participantes. Depois de alguns dias decidindo cores, figuras e fontes das letras, o convite e o texto que acompanhava ficaram assim:

**Figura 1-** Convite (folder) enviado para as profissionais de saúde.



Fonte: A autora (2022).

**Figura 2-** Convite (texto) enviado para as profissionais de saúde.



Fonte: A autora (2022).

### 3.5.1 OS PRIMEIROS CONTATOS COM AS PARTICIPANTES

A divulgação foi iniciada via WhatsApp duas semanas antes das oficinas. Para que esse convite chegasse até as profissionais, contei com a ajuda de várias pessoas, foram elas: duas colegas de turma que trabalham em CAPS no interior de Pernambuco, a coordenadora de um CAPS da região metropolitana de Recife e uma ex-aluna de Karla, minha orientadora, que enviou para os grupos de saúde mental de Pernambuco.

Para facilitar a operacionalização das inscrições, construí um formulário online, o qual as interessadas deixavam seus nomes e contatos para que eu pudesse contactá-las. Escrevi também um pequeno texto na descrição do formulário, para melhor situar os objetivos dos encontros

**Figura 3-** Formulário de inscrição.

**Inscrições para as oficinas do projeto An(danças)**

Olá! O projeto An(danças) tem a alegria de convidar as profissionais de saúde que estão atuando nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Pernambuco para participar de três oficinas online e gratuitas facilitadas por Karolina Mirella Oliveira que é psicóloga e mestranda em Psicologia pela UFPE.

As oficinas tem o objetivo de experimentar outras possibilidades de comunicação com o corpo. Além disso, pretende-se promover um espaço para partilhar como estão acontecendo as atualizações na oferta de cuidados durante a pandemia.

Serão prezados, em todas as oficinas, recursos artísticos a partir dos métodos do Teatro do Oprimido e da Dançaterapia. A Dançaterapia é um método que entende que a dança e o movimento são um meio das pessoas se comunicarem com o mundo. Já o Teatro do Oprimido é um método que tem o objetivo de desenvolver nos participantes melhores formas de se expressar, sua prática estimula as potencialidades que todos têm, despertando "áreas adormecidas" em todo o corpo e oferecendo infinitas possibilidades de criação, expressão, e emancipação do ser humano. Ambos os métodos entendem que o corpo é um poderoso veículo de comunicação.

Após o preenchimento desse formulário, a facilitadora entrará em contato com você para confirmar sua inscrição.

Fonte: A autora (2022).

No primeiro dia de divulgação, duas pessoas preencheram o formulário. Em seis dias já tinham dezoito pessoas interessadas, então, encerrei as inscrições e coloquei a mensagem que a quantidade de vagas estava esgotada. Dos formulários preenchidos, consegui contactar dez pessoas, pois alguns foram respondidos duas vezes e outros estavam sem o contato.

Comecei a mandar mensagens individualmente para as interessadas por ordem de inscrição. Nessa mensagem, pedi que confirmassem presença e perguntei qual seria o melhor dia e horário para um encontro prévio, antes das oficinas. Foi explicado que esse encontro individual aconteceria para que fosse apresentada de forma mais detalhada a proposta e também para que pudéssemos conhecer-nos melhor.

Algumas apenas visualizaram, outras sinalizaram que contratempos aconteceram e não poderiam mais participar. Consegui agendar o primeiro encontro com seis mulheres, dessas,

duas desistiram de participar pouco antes dele acontecer.

As quatro interlocutoras que participaram desse estudo escolheram o dia e horário dos encontros e como queriam que acontecesse. Duas preferiram fazer chamada de vídeo via WhatsApp e as outras duas, ligação por áudio.

Nesse primeiro encontro, fiz uma explanação detalhada dos objetivos da pesquisa, do desenvolvimento das oficinas, li o TCLE e pedi que caso consentissem, assinassem o termo digitalmente. Em seguida, com o roteiro em mãos, realizei as perguntas do questionário sociolaboral (Cf. Apêndices). As respostas das participantes estão dispostas de forma sistematizadas no item a seguir.

### 3.5.2 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE AS INTERLOCUTORAS

#### **ROSA<sup>17</sup>**

Rosa foi a primeira participante que consegui conversar. Esse primeiro contato aconteceu no período da noite, através de uma chamada de voz.

Ela é uma mulher cis, auto identificada como parda<sup>18</sup>, tem 32 anos e atua como profissional de Educação Física. Está casada e divide a casa com o marido, duas filhas adolescentes e dois gatos. Trabalha há aproximadamente um ano, durante três dias na semana, em um CAPS-AD que fica na região metropolitana de Recife.

Rosa também é licenciada em ciências biológicas, mas não se identificou com a profissão depois de uma experiência como professora do ensino básico. Decidiu, então, fazer uma segunda graduação, o bacharelado em educação física.

Disse que tem uma grande paixão pelos serviços substitutivos e ao se aproximar do fim da segunda graduação, fez o possível para ingressar na residência multiprofissional em saúde mental. Ressaltou que conseguiu a aprovação mediante muito esforço, pois só foi possível estudar para a seleção no período da noite/madrugada, já que durante o precisava “dar conta” das filhas e dos trabalhos domésticos.

Tem experiência com dança e com teatro e foi por isso que fez a inscrição nas oficinas,

---

<sup>17</sup> Os nomes que aparecem nessa dissertação são pseudônimos escolhidos pelas interlocutoras no primeiro encontro (individual).

<sup>18</sup> A cor da pele das participantes está descrita conforme autoatribuição de pertença/ autoidentificação.

pois sabia que esses recursos artísticos seriam utilizados.

### **ESTRELA**

Estrela foi a segunda participante que consegui contactar e nossa primeira conversa aconteceu via chamada de vídeo no período da tarde.

Quando eu apresentei a proposta das oficinas e expliquei os objetivos da pesquisa, Estrela disse que não estava mais atuando no CAPS, mas no NASF, contudo, teve a experiência de desenvolver atividades em um CAPS tipo III localizado no agreste pernambucano durante 4 meses no segundo semestre de 2020, como Psicóloga Residente.

Ela é uma mulher cis de 26 anos, auto identificada como negra de pele clara, formada em Psicologia e moradora da região metropolitana de Recife. Divide a casa com sua mãe, seu pai e um irmão, está solteira e desenvolve suas atividades como Psicóloga residente três dias por semana.

Disse que tem interesse pela temática do cuidado e por teatro e por isso se inscreveu nas oficinas.

### **DEBORA**

Debora foi a terceira participante que consegui contactar e nossa primeira conversa aconteceu a tarde via chamada de voz.

Ela é uma mulher cis auto identificada como parda, tem 52 anos, mora e trabalha no sertão de Pernambuco. Está divorciada, tem 2 filhos adultos e duas netas. Atualmente divide a casa com uma filha e as duas netas.

Começou a trabalhar em um CAPSAD-III no setor dos serviços gerais, ao passo que fazia um curso técnico de enfermagem. Quando concluiu o curso, passou a trabalhar como técnica de enfermagem do serviço e está nessa função há 4 anos e meio.

Além de técnica em enfermagem, Debora é vigilante de uma escola e, às vezes, revendedora de cosméticos. Diz que desenvolve “funções opostas”, mas só assim consegue conciliar horários para manter os dois empregos e, consequentemente, o sustento da casa.

Fez a inscrição nas oficinas por ter interesse em dança e teatro e só conseguiu comparecer porque estava de férias do seu emprego de vigilante.

### **NISE**

Só consegui contactar Nise horas antes da oficina acontecer, nossa primeira conversa

aconteceu via chamada de vídeo, no começo da noite.

Nise é uma mulher cis de 21 anos, auto identificada como parda. Mora e trabalha no agreste de Pernambuco. É técnica de enfermagem recém formada e desenvolve suas atividades todos os dias úteis da semana em um CAPS I há um ano.

Disse que “caiu de paraquedas no CAPS”, durante seu curso não viu quase nada sobre saúde mental e serviços substitutivos e, apesar de muitos desafios, não se vê trabalhando em outro local.

Engravidou aos 14 anos e disse que concluir o curso técnico e ingressar no mercado de trabalho foi muito desafiador e uma grande conquista, pois sempre precisou conciliar os estudos com trabalhos domésticos e cuidados com os filhos gêmeos. Atualmente está casada, mora com o marido e seus dois filhos que tem 7 anos.

Fez a inscrição nas oficinas pois tinha interesse em conhecer a dançaterapia e o TO.

Todas as informações descritas estão sintetizadas no quadro a seguir

**Quadro 1** : Informações gerais sobre as interlocutoras

NOME	IDADE	COR/ RAÇA	ESTADO CIVIL	FILHA/ O	PROFISSÃO	EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO
ROSA	32	PARDA	CASADA	2	PROF. DE EDUCAÇÃO FÍSICA	1 ANO
DEBORA	52	PARDA	DIVORCIADA	2	ENFERMEIRA	4 ANOS E MEIO
ESTRELA	26	NEGRA	SOLTEIRA	0	PSICÓLOGA	4 MESES
NISE	21	PARDA	CASADA	2	TEC. ENFERMAGEM	1 ANO

Fonte: A autora (2022).

### 3.6 ESTRATÉGIAS ANALÍTICAS

Para melhor organizar a discussão dos dados, aproximo-me da Análise Temática, método que conforme Virginia Braun e Victoria Clarke (2006) permite identificar, analisar e relatar padrões ou temas no conteúdo.

Conforme as autoras, para determinar o que pode ser considerado um tema, um dos caminhos é decidir pela sua prevalência. Considero que, nessa pesquisa, cada item foi criado vislumbrando a tentativa de unificar, mas não generalizar o assunto investigado.

Por isso, aproximei-me também do método cartográfico, entendendo-o não apenas como um

instrumento de análise, mas como um plano de investigação em variação contínua, constituído quando tracejado numa lógica das intensidades (HUR, 2021).

A cartografia pode ser considerada como um método de investigação e intervenção criado sobre a lógica do rizoma. Traça linhas, procurando acompanhar o movimento do fenómeno investigado e abandona a interpretação em prol da experimentação, ou seja, não se fixa na busca pelo significativo, na materialidade discursiva, mas visa rastrear os devires e afetações (DELEUZE; GUATTARI, 2019).

Nesse método, o corpo também passa a ser utilizado como produtor de dados em pesquisa, uma vez que “sons, ruídos, cheiros, movimentos, deslocamentos e cansaços tornam-se índices investigativos do processo” (HUR, 2021, p.8).

Funciona como “um mapa que constitui um sistema aberto com múltiplas entradas e saídas, havendo uma conexão e entrelaçamento com o real. Um mapa aberto a seu tracejar, à construção de processos” (HUR, 2021, p.4).

Assim, cartografei o campo, buscando não somente o que apareceu como semelhança, padrão, identidade e constância, mas os desvios, diferenças, dissonâncias, variações e principalmente, o que irrompeu como acontecimento.

Embora as bases das escolhas analíticas dessa pesquisa tenham surgido no norte do globo, aproximam-se das epistemologias críticas *del sur*, quando, dentre outros pontos, propõe que a pesquisadora esteja situada e implicada no campo (BARROS; KASTRUP, 2010).

Nesse sentido, acredito na possibilidade da construção de uma caixa de ferramentas híbrida descolonizada, que aponta pistas no sentido de desvendar ideologias hegemônicas e transformar nossa realidade, seguindo uma direção ético-estético-política.

Dito isso, no item a seguir apresentarei os dados produzidos nos encontros grupais que, como já foi dito estão concentrados em dois eixos.

O primeiro eixo explana, de maneira detalhada, como ocorreram as oficinas, os estímulos criativos e os exercícios de TO utilizados nos encontros. Apresento ainda, como aconteceu o que chamo de uma atualização do cuidado tecida entre mim as interlocutoras no campo digital.

O segundo eixo, faz uma problematização, a partir do que foi narrado pelas participantes, sobre o funcionamento dos CAPS durante a pandemia. Esses eixos dialogam diretamente com os objetivos geral e específicos da pesquisa em tela.

## 4 BAILANDO COM OS DADOS PRODUZIDOS

### 4.1 RELATO DAS OFICINAS

Em outras experiências, enquanto mediadora/facilitadora de oficinas, eu costumava seguir alguns passos, como uma espécie de ritual que antecedia cada encontro: o primeiro, era conferir o “roteiro” que seria trabalhado no dia, o segundo, me deslocar até o local escutando alguma música que me fizesse pensar sobre o tema e as pessoas que participariam do momento. O terceiro passo era chegar mais cedo ao local e certificar algumas coisas: se o número de cadeiras comportava as participantes, se o ambiente estava limpo, iluminado e arejado, correr atrás de um projetor e outros equipamentos caso eu precisasse exibir algum material audiovisual, etc.

Nesses dias, eu aprendi que quase sempre faltava algo, por mais que eu fizesse o possível para isso não acontecer. Muito frequentemente era preciso improvisar, refazer rotas, ou como diria a querida professora Thelma Grisi “inventar saída onde não tem porta”.

A mediação/facilitação de encontros online exigiu que eu criasse outros repertórios. Então, antes de cada oficina eu preparei o meu ritual, que também tinha alguns “passos”. O primeiro, era conferir os equipamentos: testar a câmera, as saídas de áudio e a caixinha de som, verificar a iluminação, plugar o carregador no notebook, etc. No segundo, fazia o aquecimento do meu corpo com alongamentos, exercícios de respiração e dança. No terceiro momento, eu colava o link do GoogleMeet no meu navegador e fazia da “antessala” uma espécie de camarim: colocava acessórios, prendia ou soltava os cabelos, pintava os olhos e posicionava os óculos me olhando através do “espelho” que estava diante de mim, no notebook. Mais música e respiração e me sentia “pronta para participar”.

**Figura 4-** Tela inicial do GoogleMeet



Fonte: A autora (2022).

### **Oficina 1- Tecendo vínculos.**

Por já ter tido um contato inicial com as participantes, eu sabia que todas elas chegariam após um dia intenso de trabalho e que possivelmente estariam fadigadas. Na tarde da quarta-feira, dia que aconteceu o primeiro encontro coletivo fiz os últimos ajustes no que havia planejado para a noite. Foi aí que decidi “cortar” alguns exercícios do roteiro, para que o momento não ficasse superlotado ou cansativo.

Essa oficina teve a duração de 1 hora e meia e os seguintes objetivos; apresentar os métodos do TO e da dançaterapia; aproximar e fortalecer vínculos entre o grupo, com vistas a construção posterior de sentidos interrelacionais.

Fiquei esperando cada participante entrar na sala ao som da música *Cumbia Perfecta* de Amparanoia<sup>19</sup>. Após a chegada de todas as integrantes, iniciei a gravação da chamada e antes de apresentar os métodos, estabelecemos juntas algumas “regras” de convivência, como estar sempre com o fone de ouvido e em ambientes sem interferência de outras pessoas, para garantia do sigilo.

Depois, fiz uma breve apresentação das propostas de Fux e Boal e para isso contei coma ajuda de alguns slides. Nesse momento eu enfatizei que aquele seria um espaço de trocas, não estava ali para dizer o que era certo ou errado, tampouco para promover um curso de dança ou teatro.

Quando terminei a apresentação uma das participantes saiu da sala pois aconteceu problemas em sua conexão. Enquanto ela retornava, falamos um pouco sobre como estavam sendo as nossas experiências no campo digital durante a pandemia.

Quando a participante retornou, segui a oficina propondo o exercício “três mentiras”:

Peça a todos que contem ao grupo três fatos sobre eles. Dois deles devem ser verdadeiros e um falso. O grupo tem que descobrir qual é o falso (McCARTHY; ADRIÃO, 2001, p. 55).

A partir dessa proposta, pedi que cada uma falasse duas verdades e uma mentira que narrasse um acontecimento ou características individuais e depois que se referissem aos CAPS que trabalham. Em seguida, conversamos sobre as diferenças e similaridades dos "fatos verdadeiros" narrados por cada uma. Foi a partir desse exercício, sobretudo quando as

---

<sup>19</sup> Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=ix8emYKR6G0>>

“semelhanças” começaram a surgir, que percebi o início da unificação das participantes.

Finalizei o encontro com o exercício “respiração lenta com os braços estendidos”:

Inspirar lentamente ao mesmo tempo que levanta os dois braços o mais alto possível e apoia o corpo nas pontas dos pés, tentando ocupar o maior espaço possível; depois, também lentamente, expirar enquanto retoma a posição normal, encolhendo o corpo até ocupar o menos espaço possível (BOAL, 2007, p. 149).

Ainda nesse momento fina, reforcei o convite para que todas estivessem presentes na oficina do dia seguinte.

### **Oficina 2- Atuação no CAPS durante a pandemia**

O primeiro encontro coletivo me rendeu muitas ideias e possibilidades de discussão para as oficinas subsequentes. Novamente, o roteiro que estava “pronto” para aquele dia foi revisto e editado. Dessa vez, decidi apostar mais intensamente nos movimentos corporais.

Entrei na sala uns minutos antes, como de costume. Pouco tempo depois, pontualmente, todas as participantes chegaram no horário combinado. Essa oficina durou 1 hora e 40 minutos e teve os objetivos de resgatar memórias do funcionamento dos CAPS durante a pandemia e introduzir o tema “cuidado em saúde mental”.

Iniciei com o estímulo criativo “raízes”, pedindo para que cada uma se movesse em busca dos espaços vazios que estavam cercando-as, inspirada na seguinte proposta de Fux:

A raiz nunca está quieta, a raiz busca sempre nova terra para deixar crescer um dia uma linda planta. Movemo-nos em busca dos espaços vazios, das possibilidades de alongar e relaxar o corpo com uma música apropriada [...] mas não estamos sós, os movimentos de cada um vão se desenvolvendo e os vemos (FUX, 1996, p. 32).

Deixei que ficassem à vontade para que, se quisessem, saíssem da frente da tela e explorassem o cômodo inteiro. Durante esse momento, coloquei a música Água (versão estendida) da banda Baiana System<sup>20</sup>. Logo em seguida, expliquei o exercício “espelho rítmico” proposto por Boal da seguinte forma:

Suavemente, nesta busca amorosa de si mesmo no outro, o diálogo unifica-se, converte-se em monólogo: os dois buscam movimentos que se reproduzem ritmicamente. Os dois devem encontrar movimentos rítmicos corporais que sejam agradáveis para ambos. Podem ser lentos ou rápidos, suaves ou enérgicos, simples ou complexos- o importante é que ambos se sintam bem, confortáveis e contentes ao realiza-los, que os movimentos sejam rítmicos e sempre os mesmos, que todo o corpo se ponha em movimento (BOAL, 2007, p. 180).

---

<sup>20</sup> Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=yU5SVZqp4ig>>

No entanto, esse exercício foi adaptado no sentido de que cada uma fizesse um movimento/gesto que descrevesse o que é cuidado para elas. Ao passo que uma fazia, as demais observavam e repetiam o gesto.

Quando finalizamos essa primeira parte do encontro, não pedi para que elas interpretassem ou representassem através das palavras os movimentos feitos. Sentimos com o corpo o que cada uma quis comunicar.

Depois, eu fiz algumas perguntas sobre o funcionamento dos CAPS, foi nesse momento que algumas questões de gênero se sobressaíram. Discutimos sobre quem estava conseguindo acessar os serviços e como as demandas domésticas aumentaram durante a pandemia. A discussão se encaminhou também para o âmbito pessoal das participantes, que relataram como estavam desenvolvendo estratégias para se cuidarem nesse momento de crise.

Para fechar a oficina, eu tinha pensado em mais um exercício corporal, mas como o momento anterior rendeu mais que o esperado, precisei fazer uma adaptação para um fechamento mais rápido. Então pedi para que cada uma falasse uma palavra que avaliasse e/ou sintetizasse o encontro. Foram ditas as seguintes: aprendizagem (Rosa), amor (Nise), gratidão (Debora) e tranquilidade (Estrela).

### **Oficina 3- as atualizações do cuidado em saúde mental**

A terceira e última oficina durou 1 hora e 40 minutos e teve o objetivo de discutir sobre o cuidado em saúde mental.

Iniciei propondo os exercícios “espreguiçar em pé” e “respiração lenta com os braços estendidos”, que tiveram a finalidade de “despertar” o corpo para o encontro

Devem fazer os movimentos naturais de se espreguiçar, só que em pé/ Inspirar lentamente ao mesmo tempo que levanta os dois braços o mais alto possível e apoia o corpo nas pontas dos pés, tentando ocupar o maior espaço possível; depois, também lentamente, expirar enquanto retoma a posição normal, encolhendo o corpo até ocupar o menos espaço possível (BOAL, 2007, p. 90).

Em seguida, para retomar o que já tínhamos conversado, fizemos o exercício “memória: lembrando do ontem”:

Os atores devem se sentar calmamente em cadeiras, completamente relaxados [...]. Em seguida, o diretor deve começar a encorajá-los a recordar tudo que aconteceu na noite anterior, antes de irem para cama. Cada detalhe deve vir acompanhado de sensações corporais, gosto, dor, sensações táteis, formas cores, traços, profundidade, sons, timbres, melodias, ruídos, etc., que o ator descreverá, tentando re-sentir [...]. Depois disso, o diretor continuará tentando e tateando, agora levando os atores a lembrar o que aconteceu com eles nessa mesma manhã. Como acordaram? Com o despertador?

Alguém os acordou? O som do despertador, a voz de uma pessoa, como eram esses sons? O diretor pedirá que descrevam, o mais minuciosamente possível, o rosto da primeira pessoa que viram, os detalhes do quarto onde estavam dormindo, da sala onde tomaram café: traços, cores, sons, timbres, melodias, ruídos, odores, gostos, etc. [...] Finalmente, sua chegada na sala em que estão (BOAL, 2008, p. 229-230).

Para realiza-lo pedi que cada participante fechasse os olhos e tentasse lembrar de cheiros, sons, temperaturas e pessoas que passaram pelo dia delas. Depois, pedi que tentassem lembrar também o que já tínhamos compartilhado juntas ao longo das oficinas anteriores. No final do exercício, não pedi para que verbalizassem o que foi lembrado, apenas perguntei se elas conseguiram lembrar e todas responderam que sim.

Após esse momento, fiz algumas perguntas como “Quais cuidados tem recebido durante a pandemia?” e “O que têm dificultado a produção do cuidado? E o que tem facilitado?” Durante a socialização das perguntas, as participantes compartilharam um pouco do seu dia-a-dia e enfatizaram que há potência e possibilidades de criação, mesmo em tempos de enclausuramento.

Segui com o exercício “uma história contada por muitos atores”, com o objetivo de criar um relato coletivo de como foi a vivência durante as quatro oficinas:

Um ator começa um a história, que é continuada por um segundo ator, seguindo-se um terceiro, até que todo o elenco tenha contado essa história, cada qual um pedaço. (BOAL, 2007, p. 287).

Tivemos certa dificuldade para terminar o exercício, talvez por saber que com o final dele viria o encerramento da oficina.

O momento final foi marcado por muita emoção e agradecimentos. Convites foram feitos para que visitássemos umas as outras após a pandemia. Foi firmado o compromisso de manter-nos em contato, para que essas três oficinas fossem apenas os primeiros nós de uma rede que continuaria sendo construída.

#### 4.2 DO AZEDUME AO DELEITÁVEL: POSSÍVEIS ATUALIZAÇÕES DO CUIDADO NO CENÁRIO DIGITAL.

Como já foi dito, quando estava construindo o projeto dessa pesquisa, me deparei com alguns artigos que mostravam que as intervenções e atendimentos online se apresentavam como potentes possibilidades de produção do cuidado em saúde mental no contexto pandêmico.

Entretanto, eu sabia que muitas trabalhadoras se viram da noite para o dia em sistema

de trabalho de *home-office*, sem que de fato estivessem preparadas “psicotecnologicamente<sup>21</sup>” para isso.

Para Sônia Gondim e Lígia Borges (2020), nos setores em que tecnologias de informação e comunicação se encontravam avançados, o processo de adaptação foi mais fácil, com menos impactos negativos e visíveis nas demais esferas de vida das trabalhadoras.

Já para aquelas pessoas que sequer haviam pensado nesta possibilidade em suas vidas, essa transformação foi disparadora de um turbilhão de sentimentos, sob um contínuo esforço de adaptação à nova condição, mesmo que provisória (GONDIM; BORGES, 2020).

“Como tem sido as experiências online de vocês?” Foi uma das primeiras perguntas que fiz, na primeira oficina, para as interlocutoras. Logo que uma delas se prontificou em responder, seu microfone falhou

Karolina: Debora não consigo te escutar, teu microfone tá desligado.  
 Estrela: tenta sem o fone, retira o fone!  
 Rosa: O áudio dela tá só a escuta e sem microfone  
 Nise: acho que é isso mesmo  
 Karolina: talvez seja a permissão do celular  
 Nise: Acho que ela não ativou  
 Estrela: Tem que sair e voltar novamente.  
 [Conexão de Debora foi encerrada]

Como a oficina não tinha o objetivo de cumprir uma carga horária tampouco seguia uma lógica de “não podemos parar, temos que produzir”, respirei fundo e perguntei ao grupo se preferiam continuar ou esperar a participante retornar. Escolheram esperar, em pouquíssimo tempo Debora estava de volta com o microfone funcionando e todas comemoramos.

Considero que as tecnologias digitais não são a princípio boas ou ruins, depende do uso que se faz delas. Nesse contexto de crise, podem solucionar e ampliar possibilidades de comunicação e conexão, mas também podem ser um instrumento de mercantilização e precarização do trabalho, reforçando disparidades já em processo (PARRERAS; MACEDO, 2020).

Vejam os que disseram as interlocutoras, na primeira oficina, sobre as vivências no âmbito digital:

Peças já foram pregadas de todas as formas possíveis, de áudio abrir em momento inoportuno, de não saber colocar na tela para ser bem visualizado para as pessoas, eu estava vendo tudo perfeito mas as pessoas do outro lado não estavam vendo, quando vou espelhar pelo celular me perco... olhe, de tudo já aconteceu. As experiências não são boas, não gostei desse mundo virtual, fui forçada a ficar nele por conta da

<sup>21</sup> Criei esse termo para me referir à indissociabilidade entre os processos subjetivos e o campo digital.

pandemia, mas não gosto não, não sou adepta não (Rosa).

Também não sou de ficar online e não sou de participar. Agora, com a pandemia, a gente teve que se adaptar mais. Participo de reuniões, assim, do CAPS mesmo. Também sou consultora natura e as vezes vem alguma coisa online... enfim, somos forçadas na verdade né, a participar online, mas presencial sem dúvida é bem melhor, é isso (Debora).

Tenho tido duas experiências online, que são as aulas e as reuniões de trabalho. Tenho tido dificuldade nas aulas em relação a me manter atenta sabe, não é em relação à tecnologia, ao áudio, pois para mim isso é tranquilo, acontece, mas é tão pequeno que não chega a incomodar. Para mim isso é irrelevante, mas não consigo me manter atenta, às vezes tem um dia inteiro de aula e parece que não consegui prestar atenção, parece que eu não estava realmente ali, é tanto que os dias que estou em casa em aulas são mais cansativos do que os dias que estou no serviço... e fico... nossa eu tô em casa como é que eu fico mais estressada no online? (Estrela).

No meu caso, eu não acho que me dificultou tanto mexer, pois eu já mexia muito no celular, mas a interação do pessoal, principalmente no matriciamento, porque quando não dá pra a gente ir [para o CAPS], a gente faz online, então tem gente que não liga a câmera, não participa, e isso achei um pouco estranho, pois é igual como se você não tivesse ali, não fosse importante o que você está passando. Eu achei que o que me incomodou bastante na internet foi isso, em relação à muita gente que fica dispersa (Nise).

Mesmo sabendo que o fato de trabalhar no CAPS era algo comum entre elas, eu estava ciente que as demandas e recursos para que elas estivessem *online* em casa e participando das oficinas, eram diferentes para cada uma.

Andréa Graupen e Karla Adrião (2020) falam que a imagem de casa como nosso lugar no mundo, primeiro universo e cosmos, que é uma das imagens poéticas sobre a casa está desmoronando na medida em que a pandemia segue seu curso, inexorável:

Corpos-casas sucumbem frente a algo invisível aos nossos olhos, o vírus, evidenciando a nossa fragilidade e pequenez enquanto espécie. As imagens casa- corpo-morada se amalgamam, fundem-se, revelando sua polivalência simbólica e urge um convite de reconstrução e criação de novos espaços (GRAUPEN; ADRIÃO, 2020, p. 122).

Nesse sentido, algo que chamou atenção quando me depararei com as respostas acima citadas e com o desenrolar das demais oficinas foi que a questão geracional e a maternidade atravessavam muito fortemente as experiências dessas mulheres no campo digital.

Para Estrela e Nise, as participantes mais jovens do grupo, não havia impasses para se conectar e tampouco na utilização dos dispositivos e aplicativos. Isso se apresentou de forma diferente para Debora e Rosa, que relataram ter maiores dificuldades para acessar algumas plataformas.

Nise, que é mãe de duas crianças, teve a fala descontinuada diversas vezes, pois os filhos

adentravam no quarto que ela estava. Em uma das oficinas, relatou que se trancou no quintal e ficou sentada no chão para poder ter um pouco de “privacidade” e não ser interrompida.

Outra questão bastante evidente nas falas acima é que participar de aulas, reuniões e/ou desenvolver intervenções no campo digital não foi algo agradável para as participantes, ocasionando estresse e fadiga.

Conforme Gondim e Borges (2020), para que o processo de estresse aconteça é necessário que a trabalhadora avalie como estressoras a situação e as demandas do ambiente, e se perceba com poucos recursos para enfrentá-las.

Dessa forma, por mais que eu estivesse interessada, a partir do delineamento e objetivos dessa pesquisa, em investigar o problema das atualizações do cuidado circunscritas ao CAPS, me vi convocada a acolher as angústias das profissionais, pois

a convocação ética e política de reinvenção coletiva do cuidado em defesa da vida, fazendo frente à angústia que nos atravessa, envolve a compreensão de que nenhum trabalhador de saúde pode sustentar sozinho o lugar do cuidar (DIMENSTEIN, 2020p. 10).

Não poderia deixar de considerar que as profissionais constantemente se deparam com as aflições, conflitos e sofrimento das usuárias/os dos serviços. O cotidiano de trabalho delas as expõe, muitas vezes, às vivências permeadas pela dor, medo e desamparo (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

Além disso, no atual contexto de crise, não poderia desconsiderar o duplo trabalho de proteger-se do contágio e ao mesmo tempo desenvolver intervenções, bem como os atravessamentos da pandemia nos corpos. Corpos auto identificados por elas como pardos e negro. Subjetividades marcadas por constantes negações e sofrimentos.

Atentar para as questões raciais que perpassavam os encontros envolveu o meu reconhecimento de minha pele branca marcada por privilégios materiais e simbólicos decorrentes da estrutura fundamentalmente racista desta sociedade.

Coube a mim considerar e tensionar constantemente o meu lugar no grupo como uma psicóloga branca, com vistas a romper com o que Maria Aparecida Bento (2014) chama de “pactos narcísicos de silêncio da branquitude”.

A branquitude é compreendida aqui enquanto o lugar do privilégio racial, econômico e político que garante a manutenção de desigualdades que colocam a/o negra/o em posição inferiorizada e subalternizada (BENTO, 2014).

Karla Adrião e Mariana Borelli (2019) afirmam que a Psicologia vem historicamente coadunando com a prática brasileira de, através do embranquecimento da raça e do genocídio da população negra, negar a fundante questão racial do país. Falam ainda, enquanto pesquisadoras-professoras-psicólogas brancas, que é necessário assumir o compromisso ético de redistribuir o conhecimento, ampliar a discussão racial na Psicologia e questionar o racismo cotidiano a nossa volta (ADRIÃO; BORELLI, 2019).

Por isso, estive sempre atenta para que as oficinas online não se tornassem mais uma vivência cansativa e estressante, subservientes aos interesses da branquitude.

Sem titubear, afirmo que a dançaterapia e o TO foram fundamentais nesse processo. Com os recursos artísticos, conseguimos seguir com aberturas para processos de resistência e de reconstrução das normas opressoras que mascaram sofrimentos e reiteraões de falsas verdades (ADRIÃO; BORELLI, 2019). Foi a partir desses recursos que pudemos, juntas, vivenciar *na pele*, uma possível atualização do cuidado no campo digital.

Através do encontro desses recursos, o movimento corporal, como dispositivo dialógico, fomentou a construção de espaços inovadores de escuta, bem como a análise crítica de problemas que afetavam o bem-viver do grupo. Os movimentos produzidos permitiram consciências de pequenos acontecimentos capazes de romper com categorias e expectativas pré-estipuladas.

Somente através desses movimentos foi possível sentir e tornar visível caminhos que partem do pressuposto de que a vida é inseparável do corpo, e que ela não segue um fluxo ordenado, mas faz conexão com o que se permite passar pelos poros (LIMA; FIGUREDIO; MORAES, 2017).

Cabe destacar que nas oficinas, o movimento corporal foi utilizado de forma pouco convencional, em espaços que muitas vezes passam despercebidos no dia-a-dia. Esses movimentos possibilitaram a transformação da consciência corporal, e do relacionamento entre o corpo e a casa, desenvolvendo assim, pouco a pouco, a confiança e o conhecimento de possibilidades e limites (GRAUPEN; ADRIÃO, 2020; FUX, 1996).

Aqui tem mais espaço do que eu acreditava ter, estava toda me retraindo, me segurando, aí quando olhei... oxe minha perna abre... só notei depois, veja, a pessoa vai se soltando né? (Rosa).

Vale frisar que não estou aqui para defender que esses são os melhores métodos para se trabalhar em grupo no contexto digital, mas para discutir como esses dispositivos conseguiram

agenciar e mobilizar discursos, afetos e intensidades.

Por isso, não realizarei uma descrição, uma representação ou um decalque<sup>22</sup> dos movimentos corporais realizados pelas interlocutoras, mas tentarei tracejar um mapa aberto à múltiplas entradas (DELEUZE; GUATARRI, 2019).

Karla Adrião (2021) explica que em diferentes áreas do conhecimento, o corpo tem grande importância, embora seja compreendido a partir de caminhos distintos. No campo da Psicologia, na maioria das vezes, é estudado com base na relação entre seu desenvolvimento e os processos subjetivos e há, na maioria das noções, um apagamento sobre o corpo, em detrimento da soberania da fala.

Durante os encontros busquei, através do movimento dos corpos, fomentar a construção conjunta de linhas potencializadoras, mesmo diante da complexidade e singularidades de cada participante.

Percebi (principalmente desde a segunda oficina) que conseguimos, com e a partir da intensidade, começar a subverter os nossos sentidos. Um exemplo disso aconteceu durante o exercício de nos tocarmos, mesmo estando em cidades diferentes. E conseguimos.

Reitero que, nesse trabalho, a intensidade não se refere ao campo do significante, nem está subjugada pelo plano da quantidade, nem da qualidade, exprimindo uma terceira via. Domenico Hur (2021) ao realizar uma análise da obra de Deleuze e Guattari, considera que a intensidade corresponde à

um grau de força, um grau de potência, que expressa uma relação diferencial, um salto, uma espécie de acento tônico', que porta um outro processo, numa outra lógico sentido que não se restringe à identidade, igualdade e semelhança [...] Desse modo, a intensidade pode dizer respeito à irrupção de uma nova associação, uma nova elaboração, à emergência de uma crise, ou de um novo processo (HUR, 2021 p. 10- 11)

A partir das intensidades é possível traçar fissuras e aberturas aos devires, e, dessa forma, atravessar os limites do instituído. Por isso, a intensidade é o que possibilita os processos de atualização

O determinante no processo de atualização é a intensidade. É a intensidade que dramatiza. É ela que se exprime imediatamente nos dinâmismos espaço-temporais de base e que determina uma relação diferencial, 'indistinta' da Idéia (*sic*), a se encamar numa qualidade distinta e num extenso distinguido (DELEUZE, 1968 apud HUR 2021, p 12)

---

<sup>22</sup> No "5º princípio de cartografia e de decalcomania", Deleuze e Guattari dizem que o decalque tem como finalidade a descrição de um estado de fato, já o mapa está suscetível de receber modificações constantemente: "pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social" (DELEUZE; GUATARRI, 2019 p. 30).

Agora, atentemos para algumas falas das interlocutoras durante a segunda e terceira oficina:

Para mim estar aqui hoje com vocês é uma forma de me cuidar. Essa troca, esse diálogo, tá sendo um investimento em mim. Me sinto muito bem. Eu acho que esse foi o momento do meu dia que passei com mais tranquilidade, o mais leve (Estrela).

Esse momento aqui tirou o estresse, ver a história de uma pessoa e de outra ajuda muito. E até o conhecimento que fica pra mim vai servir pra fazer atividade para os usuários (Debora).

Eu só estou triste porque está passando muito rápido (Nise).

Eu quero dizer que eu vou sair daqui e sair correndo para casa da minha mãe e vou dar um abraço nela que está completando 81 anos hoje. Estão todos lá na casa dela, meus irmãos, sobrinhos e eu estou aqui porque não poderia deixar de participar e estar com vocês (Debora)

Que bom a gente pode estar aqui juntinha nesse momento. E vocês não sabem o quanto é verdade isso, pois ontem quando eu terminei aqui, eu estava tão energética que acho que conseguiria fazer qualquer coisa que eu quisesse fazer (Rosa).

Conseguimos subverter nossos sentidos e promover atualizações ao passo que tecemos maneiras diferentes de ser e de agir. A temática do cuidado não foi apenas relatada/debatida, mas vivenciada na pele.

Dessa forma, nós, enquanto um grupo de mulheres, pudemos rever trajetórias, refletir sobre a situação presente e dividir com as demais essa elaboração, possibilitando o conhecimento e apoio de reflexões e mudanças.

O cotidiano dessas profissionais (e de tantas outras) exige mais desejo e disponibilidade, de encontros intercessores produtores de suporte, trocas e de uma prática coletiva que possibilite integração e acolhimento.

Cabe destacar que para as concepções feministas trazidas nesse trabalho, há uma consonância em torno do corpo como lugar de soberania para construção de uma autonomia das mulheres (ADRIÃO, 2021).

Nesse sentido, bell hooks (2021) diz que “ser acontece a partir do corpo” (HOOKS, 2021, p. 231) e o toque (que pode se fazer através da palavra que se torna carne) é, antes de tudo, uma forma de levar nossos corpos a comunhão. Essa comunhão, nas oficinas, incluiu a multiplicidade dos acontecimentos por meio do respeito mútuo e dos afetos.

A apresentação desses acontecimentos aparece nesse trabalho, não para mostrar um caso “bem sucedido”, mas para evidenciar e encorajar experiências no campo da pesquisa-

intervenção-pesquisa que suscitem o envolvimento com as questões coletivas e as responsabilizações requisitadas no modelo psicossocial.

O compartilhar dessas experiências e reflexões giram em torno de oferecer visibilidade as novas práticas e construções teóricas no campo das articulações da produção do cuidado, no sentido de contribuir para ações que possam ser continuamente exercitadas, diversificadas e experimentadas e, assim, produtoras de outros movimentos que viabilizem conexões, tanto agora, quanto no pós-pandemia.

#### 4.3 O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS E OS ATRAVESSAMENTOS TERRITORIAIS, DE GÊNERO, DE CLASSE E DE RAÇA NAS ATUALIZAÇÕES DO CUIDADO.

Como já foi dito, as diferentes fases da pandemia foram determinantes para a produção do cuidado no campo da saúde. Durante o ano de 2020, diversos foram os fatores que potencializaram fragilidades nos atendimentos. Foi nesse período que Virgílio Moreira, Ana Canedo e Renato de Mello (2020), observaram três consequências da pandemia no sistema de saúde brasileiro:

o fechamento de unidades básicas de saúde por realocação de recursos humanos e de estrutura para atendimento exclusivo à COVID-19; a restrição de atendimentos ambulatoriais aos casos com alto risco de instabilidade clínica; a retração do número de consultas, a suspensão ou o adiamento de tratamentos e procedimentos eletivos (MOREIRA; CANEDO; MELLO, 2020, p. 149).

Especificamente no campo saúde mental, as consequências acima citadas encontram-se com as que foram relatadas pelas participantes dessa pesquisa. Considero importante reiterar que essa foi a fase que estávamos todas(os) “tateando” os impasses éticos decorrentes das súbitas mudanças impostas pelas restrições de contato e pelas diferentes orientações sanitárias.

Estrela relatou que ao chegar como profissional residente em um CAPS III, no primeiro ano da pandemia, se deparou com algumas contradições:

não tinha nenhum grupo, nenhuma atividade... ai eu ficava meu deus será que é só isso mesmo ou é por causa da pandemia sabe? e assim, ao mesmo tempo que podia fazer uma reunião com os profissionais, faziam com 8, com 10 profissionais, não podia fazer um grupo com 4 ou 5 usuários. Eu ficava .... sabe... me parecia incoerente isso. Eu achava estranho. Eu acho que nem foi pensado em fazer online, se foi eu não fiquei sabendo (Estrela).

Sobre isso, penso que essa primeira “resposta” dos serviços esteve atrelada ao

desmantelamento gerado pela falta de gestão no âmbito federal da crise sanitária. Lidar com uma situação pandêmica, cuja melhor estratégia de prevenção é o distanciamento social, demanda uma gestão interinstitucional e interfederativa competente, que favoreça e invista na aliança entre direitos e cuidados, o que não aconteceu no caso do Brasil.

Tivemos que enfrentar o vírus antidemocrático, negacionista, racista, machista, fundamentalista e patriarcal, personificado na figura de um presidente que tratou a pandemia como apenas “uma gripezinha”<sup>23</sup>.

Não é novidade e já foi dito em outros pontos desse trabalho, que a atual realidade política brasileira tem nos deixado ainda mais vulnerabilizadas e quando falamos da população preta e periférica, essa situação é ainda mais grave.

As participantes relataram que a travessia pela crise sanitária, pôde ser sentida não só por conta das medidas de isolamento social, mas através de outros fatores como a escassez de suprimentos básicos e aumento de seus preços, a crescente estatística de mortes e o expressivo número de pessoas que ignoravam as recomendações sanitárias de distanciamento e uso de máscaras.

Elas perceberam que, muitas vezes, o suporte para atravessar esse momento veio através de quem elas menos esperavam, as/os usuárias/os dos serviços.

meu treino é à céu aberto que tem área verde lá [no CAPS], na sombra, respeitando o distanciamento e o uso é obrigatório de máscara. Por incrível que pareça, eu sempre brinco, eu vou no mercado, e o pessoal tá sem máscara, e às vezes até o pessoal classe média/alta, vou num outro local em uma clínica ou coisa assim, o pessoal sem máscara, lá o pessoal obedece, os usuários vão com a máscara, as vezes não estão e chagam lá frente [do CAPS] e dão com a mão pedindo máscara "traz uma pra mim", nem entrar entram, então é impressionante o respeito que tem. A gente bate muito de frente com a questão de estar com as vacinas em dia, então quando um toma já chega com o cartão todo empolgado "ó bota ok no meu viu? porque eu já fiz o que tinha que fazer", eu digo "ótimo, perfeito, comunicou aos familiares? já chamou os vizinhos para tomarem também?" aí eles "também, a gente está fazendo trabalho de formiguinha, chamando todo mundo", então é impressionante como eles tem esse cuidado também com eles e com a equipe. (Rosa)

Lá [no CAPS] também é assim, eles são muito atenciosos e incrível que pareça os meus são todos assim, vem todos de máscara e se não vim ou esquecer eles pedem antes de entrar e colocam álcool gel e tudo certinho, além disso eles chegam dizendo "tomei a vacina, vocês já tomaram a sua?" tudo preocupado com o outro (Nise).

Todas essas ações realizadas, no meu entender, configuram-se como pertencentes ao ato

---

<sup>23</sup> Nesse link encontra-se dois momentos em que o presidente chamou a COVID-19 de 'gripezinha': <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>>

de cuidar. O reconhecimento dessas estratégias por parte das interlocutoras, pode reverberar nas formas de visualizar as pessoas usuárias dos serviços, de modo a transcender a doença, cumprindo o que é proposto pela RP.

Representam ainda um grande avanço quanto ao entendimento de que o cuidado não deve ser ofertado somente dos CAPS para as/os usuárias/os. Por isso os serviços de saúde devem reconhecer as várias estratégias as quais as/os usuárias/os são potentes para construir e consolidar uma perspectiva de comunidade e de apoio mútuo no âmbito da atenção psicossocial.

A despeito da terceira consequência da pandemia no sistema de saúde que foi citada no início desse item, percebi que ao passo que aconteceu uma retração no número de consultas/atendimentos, houve também a predominância do modelo biomédico que postula saberes e fazeres acerca do sofrimento psíquico pautados pelo paradigma racionalista psiquiátrico, conforme menciona a participante Débora:

Lá no meu [CAPS], nesse período que saiu o decreto<sup>23</sup>, os usuários não iam para ficar no serviço, iam até o portão, ou entrava e aguardava a medicação, recebia e voltava para casa. Se tivesse um atendimento médico... aliás ainda passou um período sem atendimento médico, só a medicação mesmo. Depois, quando começou a dar uma melhorada, começou as vacinas, acredito que foi esse ano [2021] que voltaram (Débora).

A participante se refere à nota técnica 12/2020 publicada em 17 de março de 2020, que determinou a suspensão de atendimentos eletivos e coletivos nos serviços substitutivos de saúde mental. Em 18 de maio de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou a revisão da nota técnica emitida pelo Ministério da Saúde sobre medidas de proteção contra a Covid-19 e a inclusão da RAPS nos planos de contingência dos estados e dos municípios. O CNS pediu atenção às especificidades da Atenção Psicossocial, a revisão das medidas de proteção nos serviços da RAPS, a criação de estratégias de seguimento do cuidado e manutenção dos vínculos, de acompanhamento dos casos crônicos e atenção às condições de vulnerabilidade, dentre outras recomendações. (DIMENSTEIN et al, 2020).

Reconhecer somente a medicalização e a consulta psiquiátrica como estratégia de suporte, evidencia a presença de um modelo de atenção psicossocial que há anos a Reforma Psiquiátrica busca reformular. Este tipo de intervenção, segundo Cândida Dantas *et al.* (2020), produz efeitos tanto na organização da vida cotidiana das usuárias, quanto na capacidade de produzir interferências em um cenário onde a pobreza, a desigualdade, a exclusão e a

violação de direitos têm ampla visibilidade.

Sabe-se que as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de “criação de mundos” (KRENAK, 2019), orientando-se pela produção de saúde e não se restringindo à cura de sintomas/doenças. Isso implica em acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar para a pessoa em sofrimento em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas.

A centralidade do tratamento medicamentoso nos serviços substitutivos é algo que antecede o advento da pandemia e evidencia uma associação entre a utilização do fármaco e a necessidade de controle das pessoas em sofrimento psíquico. Uma possibilidade de superar essa questão encontra-se na articulação entre os serviços da RAPS.

Conforme Magda Dimenstein *et.al.* (2017) tal articulação deve prezar o modelo de cuidados em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, o atendimento multiprofissional e interdisciplinar, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania e, sobretudo, o fomento à autonomia de usuárias/os e familiares.

Entretanto, a possibilidade de ações intersetoriais, acabou esbarrando no primeiro resultado citado no início desse item, que diz respeito ao fechamento de UBS e realocação de recursos humanos e de estrutura para atendimento exclusivo à COVID-19.

Esse cenário começou a melhorar somente em uma outra fase da pandemia, que corresponde ao início da vacinação contra a COVID-19 em janeiro de 2021. De forma unânime, as interlocutoras desse estudo relataram que foi somente com o andamento da imunização que elas se sentiram seguras para retomar os atendimentos presenciais nos CAPS. Isso aconteceu gradualmente e de diferentes formas a depender do plano de vacinação municipal, estrutura física dos serviços e outras questões que veremos a seguir.

#### 4.3.1 (DES)APONTAMENTOS TERRITORIAIS.

Não é novidade que a pandemia da COVID-19 veio para evidenciar que as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde-doença-cuidado, estão estreitamente relacionados aos espaços utilizados pelas pessoas, onde circulam, vivem e desenvolvem suas atividades diárias. A associação entre características sociais, econômicas, territoriais e de sofrimento psíquico é uma questão que a Reforma Psiquiátrica brasileira está atenta desde seu nascimento. Entretanto,

foi somente em 2011 com a instauração da RAPS, que aconteceu uma maior orientação, no sentido de criar, ampliar e articular os diversos pontos de atenção à saúde, com vistas a garantir a integralidade na atenção às pessoas em sofrimento psíquico no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Quanto aos aspectos organizativos da RAPS, é preconizado que a atenção psicossocial, em cada região de saúde, deve estruturar-se em diferentes pontos, a saber: atenção primária (básica), atenção psicossocial especializada, atenção à urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A partir da fala das interlocutoras, tornou-se manifesto como as questões territoriais e as possibilidades de articulação entre os diferentes pontos da RAPS estavam imbricadas com o modo que elas e os serviços puderam atualizar as formas de cuidado.

Ressalto que entendo o território como uma trama complexa que escapa da dicotomia social *versus* espacial, ou seja, envolve tanto os processos sociais quanto o espaço material. É um componente indissociável da subjetividade e não apenas um terreno em que essa se desenvolve. Configura-se como o solo onde relações sociais se processam incessantemente e, por conseguinte, transcende os limites geográficos (DIMENSTEIN *et. al*, 2017).

Como já foi dito, o retorno da oferta de serviços presenciais aconteceu gradativamente após o início da vacinação, em janeiro de 2021. Nesse momento, foi preciso adaptações para que o distanciamento e outras precauções em relação aos riscos de contágio acontecessem. Tais adaptações estiverem intrinsecamente ligadas à estrutura física dos serviços, que quanto maiores, mais condições tinham de receber as pessoas.

Rosa relatou, durante as oficinas, alguns fragmentos do que estava acontecendo em uma cidade de grande porte<sup>24</sup>, que fica na região metropolitana do Recife. Além do CAPS que Rosa trabalha, outros dois compõem a rede de serviços substitutivos da cidade. Vejamos o que diz a interlocutora sobre os atendimentos que passaram a acontecer após o início da vacinação:

enquanto eu faço meu grupo de treino, a enfermeira está fazendo o grupo saúde. Na sexta feira também, enquanto eu faço o meu, tem uma arte terapeuta fazendo e tem

---

<sup>24</sup> Para o IBGE, o critério populacional pode ser utilizado para definir o porte de um município e, assim, orientar processos de gestão, planejamento, financiamento e avaliação de políticas públicas, incluindo o número de pontos de atenção da RAPS. Desse modo, os municípios podem ser classificados como de Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes), Pequeno Porte II (de 20.001 a 50.000 habitantes), Médio Porte (de 50.001 a 100.000 habitantes), Grande Porte (de 100.001 mil a 900.000 habitantes) e Metrópole (mais de 900.000 habitantes).

outro grupo de saúde acontecendo. Como lá [no CAPS] é grandão, fica cada um nas suas salas, o meu treino é à céu aberto que tem área verde lá, na sombra, respeitando o distanciamento e o uso é obrigatório de máscara (Rosa).

A partir do trecho acima citado, podemos visualizar que nesse CAPS cada profissional possuía sua sala/espço e isso possibilita que várias atividades aconteçam simultaneamente. Em outro momento, a participante também relatou que a equipe se preocupa em manter vínculos com outros serviços, como as UBS:

tem o matriciamento com UBS vizinha próximo do território. Eu acho que o cuidado também vai para a gente profissional que tal ali, é uma troca, então um grupo vai falar sobre o assunto e a gente também aprende, é uma mão de duas vias. Então o cuidado está para além das quatro paredes (Rosa).

Além disso, esse CAPS disponibiliza seu espaço para que outros serviços que compõem a RAPS desenvolvam atividades:

O que eu acho mais massa é que o pessoal que está na UA pode vir fazer os grupos dentro do CAPS, então a condução trás eles, fazem os treinos, fazem os grupos, depois voltam para a UA para continuar o cuidado deles, então eu acho isso bem diferenciado pois as vezes outros CAPS não tem essa oportunidade e lá tem (Rosa).

Sabe-se que trabalho isolado de um serviço pode tornar-se insuficiente para “dar conta” da complexidade que envolve a promoção da saúde mental, uma vez que a pessoa em sua totalidade demanda ações em diferentes dimensões.

Assim, a mobilização e potencialização dos recursos institucionais e comunitários no território, na perspectiva do trabalho intersetorial, bem como o apoio matricial, constitui caminhos potentes para a construção de intervenções pautadas pelo paradigma psicossocial (ANDRADE, 2017).

Já a participante Debora desenvolve suas atividades em uma cidade de médio porte que fica no sertão pernambucano. Além do CAPS que ela trabalha, outros três (do tipo II) disponibilizam atendimentos na cidade. O que chama atenção na fala de Débora é que o CAPS-AD III que ela trabalha, acolhe pessoas de várias outras cidades da região e mesmo com um quantitativo populacional de abrangência altíssimo, o serviço que antes da pandemia já se encontrava sobrecarregado pela alta demanda, precisou reduzir os atendimentos

Lá [no CAPS] a questão de grupo[...] cada profissional tem um horário, mas só que os usuários foram reduzidos por turno[...] foi subdividido para não dar muita gente [...] e como é regional, abrange 13 cidades, aí vem usuários de outras cidades e ficam aqui e os daqui ficam albergados também, geralmente eram 8 masculino e 4 feminino, agora só tem 2 leitos femininos e 5 masculino, e é porque o quarto é bem grande (Débora).

Diferente dessa realidade, o CAPS I que Nise trabalha fica em uma cidade de pequeno

porte. Possui uma estrutura menor e, conseqüentemente, não pode disponibilizar vários atendimentos simultâneos. Dessa forma, além da redução dos atendimentos, a equipe técnica precisou fazer uma espécie de revezamento de usuárias/os

os grupos do CAPS daqui está sendo presencial, com menos quantidade, a gente está dividindo os grupos quinzenalmente, vem um grupo em uma semana e outro grupo em outra (Nise).

Estudos anteriores já mostravam que as populações das cidades de pequeno porte no nordeste do Brasil atravessam inúmeras dificuldades para acessar serviços de saúde, pois não têm cobertura quantitativa satisfatória de pontos de atenção (ANDRADE, 2017; DIMENSTEIN *et. al*, 2017).

Essas cidades, como a que Nise trabalha, geralmente enquadram-se nos critérios estabelecidos para implantação de serviços básicos. Dessa forma, não é possível “cobrar”, por exemplo, que a equipe consiga realizar articulações com as UA que é um serviço de alta complexidade, como acontece no CAPS que Rosa trabalha.

No entanto, Nise relata também que apesar das fragilidades decorrentes da escassez dos espaços físicos, a equipe tem buscado fazer atividades em espaços alternativos. Um exemplo disso é a oficina de jardinagem, que foi recém criada e acontece em um espaço aberto nas imediações do serviço:

começamos agora com oficina de jardinagem, que foi ótimo para os pacientes, tá sendo uma experiência incrível e eles gostam muito (Nise).

Além disso, Nise relatou diversas vezes durante as oficinas que em quase todas as reuniões, a equipe tem buscado realizar e fomentar discussões sobre o apoio matricial. Conforme Lucélia Andrade (2017), o matriciamento constitui um potente arranjo para a qualificação dos cuidados em saúde mental, pois possibilita diálogos entre as diversas profissionais, avançando em direção à superação do trabalho fragmentado pela especialização. Além de estimular a discussão sobre as possibilidades do cuidado no território, também fomenta espaços de troca e construção de saberes que quando compartilhados, suscitam reflexões coletivas e podem passar a ser encarados de outros modos (ANDRADE, 2017).

Com esses breves apontamentos sobre questões territoriais, gostaria de realçar que, nesse momento de crise, foi preciso considerar não apenas o que o *lócus* ofereceu como recurso às profissionais de saúde para contribuir no manejo da retomada dos atendimentos presenciais, mas também a condução de um trabalho em rede, ético e comprometido com a criação de novos

espaços e modos de vida.

Nesse sentido, é indispensável atentar para o fato que as subjetividades que constituem esses serviços e estão ativamente os construindo não estão à parte de um contexto institucional maior (MERHY, 2002).

Mas, para além das questões territoriais, das prescrições e das diretrizes que podem cristalizar o “quefazer”, as atualizações do cuidado estão acontecendo em meio a um jogo de forças, atravessado por diferentes facetas (inclusive as questões de gênero, raça e classe) que envolvem as relações de poder constitutivas dos processos de subjetivação dessas profissionais.

#### 4.3.2 GÊNERO, RAÇA, CLASSE E OUTRAS FACETAS GENDRADAS NO ACESSO AO CAPS.

Durante a segunda oficina, após o momento inicial de preparação/sensibilização, eu coloquei as seguintes questões: *“ontem vocês relataram um pouco sobre o funcionamento dos grupos, mas quem está frequentando esses grupos? Eu queria que vocês falassem um pouco sobre essas pessoas, pode ser?”*

Fiz essas perguntas de forma “aberta”, sem considerar questões mais “específicas”, esperando uma diversidade de construções e posicionamentos que envolvessem as diferenças e desigualdades entre as pessoas que frequentam os CAPS. A primeira interlocutora que respondeu às perguntas, iniciou sua fala destacando as diferenças quantitativas entre homens e mulheres no serviço:

No CAPS que eu estou **70% do grupo é masculino, poucas mulheres estão fazendo essa adesão ao tratamento**. No momento a coordenadoria da mulher [...] está desenvolvendo um estudo para entender porque essas mulheres tem pouca adesão. **A maioria são de alto risco e vulnerabilidade, alguns são ameaçados no território, então chegam procurando o serviço também para conseguir um apoio** e conseguir um processo de desintox para poder ser encaminhado para serviços de proteção [...]. (Rosa)

Logo em seguida, as outras participantes também relataram que os serviços tem sido mais frequentado por homens:

O que [Rosa] falou é o que acontece aqui também. Aqui é uns 60% masculino e uns 40% feminino, mas **no momento, a média é de 80 a 90% masculino, o feminino tá quase 0 frequentando o serviço** (Débora).

No meu aqui, depende muito do grupo, **tem grupo que tem mais homens, tem grupo que tem mais mulheres, mas no geral os homens são mais participativos**. As meninas não são muito, algumas são, outras não. E a gente também tem uma quantidade de jovens e agora vai começar o de crianças, a gente vai começar na próxima semana. Eles participam de tudo, são presentes, acho que só (Nise).

O relato das interlocutoras corrobora com os achados de Patrícia Magno (2017), que antes mesmo da pandemia já mostrava como as práticas sociais nos espaços em que loucura e gênero se encontram, tendem a prestigiar os homens em detrimento das mulheres. Elas, em menor número, disputam o acesso à saúde nos lugares destinados e construídos por homens e, conseqüentemente, para homens.

Diante do que foi respondido, perguntei quais os possíveis motivos da baixa adesão das mulheres nos serviços e as interlocutoras apontaram alguns fatores importantes que podem estar dificultando o acesso:

A maioria das mulheres diz que **não pode porque não tem tempo, porque trabalha ou porque tem coisa de casa para fazer**, entendeu? no meu caso né, não sei se podem no geral, mas uma coisa que observei foi isso e principalmente se forem mulheres de faixa etária de 25 anos até 40 anos, elassão bem resistente a participar dos grupos, muito (Nise).

Eu pensei isso, antes de você falar **eu estava pensando como as mulheres não tinham tempo de estar ali, tem toda uma sobrecarga, o que vejo nas minhas pacientes é uma sobrecarga de não ter tempo para nada** aí tu falou eu estava já pensando e vi que não estava pensando sozinha. Geralmente as mulheres são mais interessadas para se cuidar, aí quando vocês dizem que não tem adesão eu fico poxa, mas como assim? aí **a única explicação foi essa do tempo mesmo** (Estrela).

Eu acho que elas se cuidam mais, mas se deixam mais em segundo plano né? principalmente depois da pandemia isso pesou muito, pois a demanda está maior de serviços, porque querendo ou não você tá dentro de casa. **Para quem tem filho, reduzindo esse tempo que você tem, bem entre aspas "livre", enquanto a criança está na escola ou em alguma atividade educativa, você não vai ter esse momento para fazer as tuas atividades**. Então dar conta da casa, dos filhos de ajudá-los, de brincar com eles, de ter um esposo dentro de casa, muitas vezes os serviços de casa são deixados para fazer depois, porqueno pode ter uma máquina ligada enquanto tem um home office acontecendo, ou a criança brincando não pode, então acho que essas situações culminaram para as mulheres deixarem de ir para os seus cuidados né, vindo que a gentemulher se cuida mais né, procura os serviços para se cuidar (Rosa).

Sim, as mulheres se cuidam, mas no momento estão mais sobrecarregadas, pois as **crianças estão em casa, tem tarefa online, aula, a limpeza da casa aumentou e os cuidados em geral**, a questão alimentar também pois tem mais gente em casa e sempre tem alguém beliscando as coisas, principalmente as crianças, aí por isso o motivo de terem se afastado do CAPS (Débora).

As falas acima citadas mostram que as interlocutoras conseguiram identificar que os homens estão acessando os serviços mais que as mulheres, no entanto, esse acesso não é pensado a partir de dimensões de classe e raça, por exemplo. Nesse “recorte” da oficina, destacam-se três pontos que tentarei discutir a seguir.

O primeiro corresponde à concepção que as mulheres estão mais sobrecarregadas e, por conseguinte, o tempo destinado aos cuidados (incluindo a ida aos serviços de saúde mental) ficaram ainda mais escassos. O segundo, fala sobre a afirmativa de que as mulheres se cuidam mais do que os homens e o último ponto diz respeito a “resistência” das mulheres à adesão e participação nos grupos dos CAPS.

No tocante ao primeiro ponto, Helena Hirata e Nadya Guimarães (2012) dizem que, de fato, por razões multifatoriais, o trabalho doméstico e de cuidados, embora diga respeito a toda sociedade, tem sido efetuado principalmente pelas mulheres de forma precária e vulnerabilizada.

Por isso, é importante atentarmos não somente para as similitudes entre as várias situações que envolvem tal questão, mas para a diversidade de contexto social, econômico, político e cultural em que se realiza o trabalho doméstico e de cuidados, onde estão presentes as desigualdades e/ou antagonismos de classe, de gênero e raça (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

Mas para além das várias reflexões possíveis que envolvem a famigerada “divisão sexual do trabalho”, gostaria de pontuar como o isolamento social direcionou holofotes para as formas de viver a/em casa e como essa DEVE ser uma pauta para a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Andréa Graupen e Karla Adrião (2020) relatam que, no contexto pandêmico, muitas pessoas de diferentes classes e raças, tem se sentido oprimidas dentro de suas casas, por distintos motivos.

Ficar em casa pode ser sentido como um momento de recolhimento e proteção ou como sensação de asfixia e enclausuramento. Entre algumas pessoas de classe média, por exemplo, “a casa ficou pequena”, mesmo quando estas são espaços com algum conforto e possibilidade de privacidade.

Falar sobre isso me remete à poeta Stela do Patrocínio, mulher negra e “louca”, que

ficou internada por mais de 30 anos em hospitais psiquiátricos, quando diz:

Eu estava com saúde/ Adoeci/ Eu não ia adoecer sozinha não/ Mas eu estava com saúde/ Estava com muita saúde/ me adoeceram/ me internaram no hospital/ e me deixaram internada/ e agora eu vivo no hospital como doente/ O hospital parece uma casa/ O hospital é uma casa/ O hospital é um hospital (PATROCÍNIO, 2001, p.79).

Nesse sentido, me pergunto: e para as mulheres usuárias dos CAPS, como tem sido a experiência de ficar em casa? ou melhor, será que foi possível ficar em casa durante a pandemia?

Essas são questões que desafiam a minha análise e espero que sejam desenvolvidas em trabalhos futuros, pois o mais próximo que cheguei da realidade dessas mulheres foi através do que foi dito pelas interlocutoras.

Reitero que acredito no relato das participantes desse estudo, quando falam que as usuárias estão mais sobrecarregadas durante a pandemia. Mas além disso, penso como o repertório de respostas esteve enraizado sobre a categoria “mulher” associada à família nuclear. Conforme Oyeronké Oyewumi (2020), esse “tipo” de família é centrado em uma mulher subordinada, um marido patriarcal, as filhas e filhos. Para a autora, a estrutura da família, concebida como tendo uma unidade no centro, presta-se à promoção do gênero como categoria natural e inevitável, porque dentro desta família não existem categorias transversais desprovidas dela, logo, é “genereficada por excelência” (Oyewumi, 2020). É encabeçada pelo macho e com dois genitores, o homem chefe é concebido como ganhador do pão e o feminino está associado ao doméstico e ao cuidado.

Eu vejo o mundo e a família/ O mundo e a família/ A família que vive no mundo/ E vive na casa que está sempre no mundo/ E que está sempre na casa.../ E a Dra Elisabeth disse assim pra mim/ E você queria ver mais do que isso pra quê?/ E você queria ver mais do que isso pra que? (PATROCÍNIO, 2001, p.90).

O grupo que compõe as mulheres usuárias dos CAPS é bastante heterogêneo e por isso faz-se importante considerar as particularidades incluídas em tais experiências. Dimenstein *et. al.* (2020) evidenciam, em relação às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, a possibilidade de haver maiores obstáculos de adesão terapêutica em razão da interrupção dos atendimentos presenciais e dificuldade de acesso às tecnologias digitais.

Sabe-se que quando gênero, raça, classe e sofrimento psíquico se atravessam, potencializam-se fatores de vulnerabilidade e aprofundam-se a situação de exclusão social na

qual essas mulheres estão mergulhadas. Portanto, generalizar uma identidade comum para as pessoas que frequentam os CAPS pode gerar um ciclo retroalimentado de reafirmação de estereótipos e de subordinação em razão do gênero, da classe e da raça.

A naturalização/generalização de “performances” de feminilidade e masculinidade também aparece quando as interlocutoras falam que as mulheres se cuidam mais do que os homens. Essas performances são socialmente construídas e resultam em práticas reguladoras das identidades. Quando falamos em mulheres em sofrimento psíquico, a exigência social para que se cumpra esse padrão é fortemente marcada pelo silenciamento (BUTLER, 2003; ZANELLO, 2017).

Além disso, Érika Oliveira, Luciane Pezzato e Rosilda Mendes (2018) afirmam que quando usuárias de serviços públicos de saúde não seguem as performances para as quais são “direcionadas”, muitas vezes são responsabilizadas e até mesmo culpabilizadas. Nesse sentido, gostaria de refletir um pouco sobre a constatação colocada pela interlocutora Nise, de que as mulheres não frequentam os serviços por “**resistência**”.

Antes, preciso ressaltar que o sentido do termo aqui tensionado se aproxima das concepções psicanalíticas que o designa como “tudo o que, nos actos (*sic*) e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988, p. 595).

Magda Dimenstein (2000) mostrou, antes mesmo da lei da RP ser sancionada, que um dos primeiros problemas que profissionais encontram nos serviços públicos de saúde diz respeito ao grande número de faltas aos atendimentos, dificuldades de comunicação, além do abandono dos tratamentos.

Esses casos, na maioria das vezes, são atribuídos à falta de interesse ou capacidade de compreensão das/os usuárias/os para a tarefa terapêutica. Assim, a culpabilização dessas pessoas seria um dos possíveis desdobramentos que envolvem considerar, de forma hegemônica no campo da assistência pública à saúde, a noção de “sujeito psicológico” cuja verdade é a do seu desejo inconsciente (DIMENSTEIN, 2000).

Essa concepção fortaleceu a ideia de uma subjetividade individualizada e individualizante, particular/singular, mediada exclusivamente pela história pessoal. Percebe-se, nesse ponto, a ideia de um indivíduo autônomo, independente, ausente de vínculos, que marca a ideologia ocidental moderna (DIMENSTEIN, 2000).

Este ideário, por sua vez, foi o que possibilitou a emergência de diversos saberes que circunscrevem a produção da saúde-doença-cuidado. No meu entender, reduzir o impasse da falta de adesão das mulheres à mera resistência, evidencia resquícios dessa ideia de “sujeito”, além da psicologização de problemas que são estruturais.

Talvez, esse impasse poderia ser melhor resolvido se as profissionais não esbarrassem em limitações teóricas e técnicas específicas de sua formação. Em outras palavras, essa questão pode decorrer, em grande parte, por conta da predominância, no campo da saúde, de enfoques colonialistas que consideram que as pessoas são iguais em qualquer época e lugar e que tendem a patologizar e ver faltas onde provavelmente existe diferenças de classe, raça, gênero e território.

É possível questionar, aqui, em que medida os serviços públicos de saúde mental estão capturados pela colonialidade e pela repetição e, dessa forma, proporcionam espaços limitados para a produção e valorização da diferença, que poderia gerar subjetividades potentes para a transformação.

Rachel Passos e Melissa Oliveira (2017) apontam que, para produzir saúde no seu sentido ampliado, é preciso perceber que as relações desiguais de gênero, raça e classe determinam o acesso à saúde das usuárias, bem como ao lazer, trabalho, renda, etc., e atravessam a obtenção de autonomia e cidadania por parte delas.

Assim, faz-se necessário compreender que as relações desiguais de poder existentes são passíveis de transformação e que para isso é necessário construirmos estratégias de transformação social.

Ninguém está livre de reproduzir opressões, visto que estas são estruturais e, desta forma, perpassam todas as esferas da sociedade. No entanto, as profissionais de saúde mental poderiam estar atentas para não endossar qualquer desigualdade, pois possuem um lugar estratégico na relação com as usuárias e ao endossá-las, as naturaliza e legitima.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, no campo macropolítico das políticas públicas de saúde mental brasileira, há uma constituição mais normativa explicitada pelos documentos, portarias e diretrizes que conduzem o modo de funcionamento dos CAPS. Esse campo revelador do que está instituído, ganha outros contornos quando nos atentamos ao âmbito micropolítico, sendo esta a região em que habitam os processos de subjetivação do trabalho, as compreensões do modelo psicossocial, as relações interprofissionais e interpessoais, as posturas éticas, etc.

Nesse estudo, deparei-me mais fortemente com o campo micropolítico, cenário percorrido nesta investigação, lugar onde estão as trabalhadoras dos serviços da RP, e onde elas produzem cotidianamente o “quefazer” (MARTIN-BARÓ, 2017) de cada serviço. Pensando especificamente o contexto pernambucano, essa pesquisa investigou como estavam acontecendo as atualizações do cuidado entre profissionais e usuárias/os nos CAPS entre março de 2020 e outubro de 2021.

A análise realizada visualizou, a partir de encontros individuais e oficinas coletivas, que o funcionamento dos serviços e, respectivamente, a produção e atualização do cuidado acompanhou as diferentes fases da pandemia de COVID-19 no Brasil. Quanto mais sobrecarregados os serviços de saúde estavam com demandas referentes à infecção da COVID-19, menos possibilidade de articulação com os serviços específicos voltados para saúde mental. Durante o primeiro ano da pandemia, em 2020, onde a maioria dos CAPS não conseguiu desenvolver intervenções coletivas, presenciais ou online, as prescrições medicamentosas tornaram-se a principal forma de “cuidado”.

Essa constatação soa como um alerta ensurdecido. É preciso que estejamos atentas, enquanto militantes antimanicomiais, para esse forte apelo à medicalização da vida em serviços substitutivos que, antes mesmo da pandemia, já estavam fragilizados.

Não podemos esquecer que enfrentamos uma séria situação de desestabilização democrática. A posse de Rafael Bernardon, médico Psiquiatra em fevereiro de 2021, ferrenho defensor da eletroconvulsoterapia como coordenador da pasta de saúde mental no Ministério da Saúde, torna mais urgente compreender os impactos da contrarreforma psiquiátrica que está em curso.

Foi somente com o avanço da vacinação contra a COVID, a partir de janeiro de 2021, que aconteceu o retorno, de maneira gradual, dos atendimentos presenciais nos CAPS. Cabe destacar que o processo de vacinação no Brasil poderia ter acontecido muito antes da data citada, se o presidente do país não tivesse assumido uma postura negacionista, individualista e egocêntrica.

Esse retorno dos atendimentos presenciais esteve atravessado por questões territoriais e envolveram os planos municipais de vacinação e as estruturas físicas dos CAPS que quanto maiores, mais possibilidades tiveram de ofertar atendimentos e de acolher pessoas, dentro dos parâmetros estabelecidos para que o distanciamento social acontecesse.

Sabe-se que a densidade populacional está correlacionada com o número de pontos de atenção da RAPS. Quanto maiores as cidades, mais pontos de atenção estão disponíveis, permitindo uma maior descentralização na oferta do cuidado à saúde mental.

No entanto, para além das questões territoriais, a condução de um trabalho em rede nos CAPS em que trabalham as interlocutoras desse estudo, esteve vinculado ao comprometimento ético-político no sentido da criação de novos espaços e possibilidades institucionais e comunitários.

Dessa forma, a dimensão ético-política foi um dos componentes mais importantes para pensar sobre a concretização do modelo psicossocial que igualmente passa pelo acesso dos campos macro e micropolíticos.

Ao acessar os CAPS, a partir do relato das interlocutoras, pude perceber que, nesse momento de crise, as equipes que elas trabalham buscaram operar no trabalho vivo em ato (MERHY, 2002) através uma negociação incessante entre as novas possibilidades de agir e as práticas já vigentes.

Vale considerar que a concretização do modelo psicossocial e a responsabilidade pela construção de inovações nos cenários dos CAPS não aconteceu, nem acontecerá somente pelo engajamento dessas trabalhadoras, tampouco em fazer com que esse projeto tenha êxito de forma individualizada. O atendimento psicossocial pode ser realizado por todas/os as/os profissionais de saúde, pautada/os na premissa de que o cuidado em saúde mental deve considerar o território e a relação de vínculo da equipe de saúde com as/os usuárias/os.

Assim, foram apresentadas como ferramentas capazes de promover uma aproximação com o que proposto pela ética do cuidado em liberdade, o apoio matricial e a intersectorialidade para que os CAPS superem a fragmentação do processo de trabalho através da abertura de canais comunicacionais e formulação de ações conjuntas.

Um outro ponto que se destacou, a partir do relato das interlocutoras, foi que o número de mulheres que frequentam os CAPS era baixo e ficou ainda mais após a pandemia. As participantes desse estudo atribuíram esse “fenômeno” a falta de tempo ocasionadas pelos serviços domésticos e pela maternidade.

No entanto, a perspectiva feminista decolonial nos convida a pensar sobre como esse problema deve ser pensado para além das performances de gênero instituídas em nossa sociedade, considerando especificidades que contornam as dimensões de raça, classe, geração, etc.

Percebe-se, assim como já encontrado na literatura, que desconsiderar essas questões na produção do cuidado não têm favorecido habilidades que convidam as profissionais a considerarem as múltiplas determinações e singularidades dos modos de vida, das relações afetivas, das sociabilidades e vínculos entre as usuárias/os e as instituições, Isso, conseqüentemente, reverbera nas possibilidades de suporte, bem como nas formas de adoecimento e sofrimento das pessoas que utilizam o serviço.

Ao levantar essas questões, não tenho a intenção de colocar sobre as profissionais o peso da responsabilidade pois eu sei que a constituição subjetiva delas também é perpassada por diferentes facetas que podem obstaculizar um “quefazer” mais crítico e situado.

Torna-se difícil realizar mudanças em apenas um âmbito quando as instituições estão formadas por vários níveis complexos que se entrelaçam inevitavelmente. Um fator a ser considerado, nessa direção, é a formação acadêmica que geralmente não incita tensionamentos sobre questões de gênero, raça, classe, território, etárias, etc.

Nesse cenário, é necessário lembrar que as matrizes de pensamento que circunscrevem a Reforma Psiquiátrica brasileira e os cursos técnicos e superiores que formam as equipes dos serviços substitutivos estão ainda muito estruturadas em lógicas racionalistas da ciência moderna, endossadas pelo modelo biomédico, ou em outras palavras, marcadas por um olhar permeado pela colonialidade.

Por isso as explicações sobre o cuidado devem ser repensadas, descolonizadas, na direção da construção de um bem-viver (KRENAK, 2019). Se não o for, continuará assentado no patriarcado, no racismo, e na subalternidade, sobretudo, das mulheres de cor (LUGONES, 2020).

Não poderia deixar de pontuar que para as participantes dessa pesquisa, o trabalho provoca preocupação, impõe responsabilidades e além da carga horária de trabalhos desenvolvidos no CAPS, algumas precisam conciliar outras atividades que dizem respeito ao âmbito doméstico. Quando propus essa pesquisa, não considerei ou não busquei avaliar os sentidos sobre o trabalho nos CAPS, mas essa foi uma questão que apareceu com certa frequência, principalmente durante as oficinas.

Para as interlocutoras, apesar dos serviços apresentarem demandas exaustivas, o vínculo com a equipe e principalmente com as/os usuárias/os são situações que proporcionam satisfação. As participantes relataram ainda que as relações interpessoais estabelecidas no trabalho em equipe é um fator que desencadeia maior potência na manifestação do envolvimento em projetos, decisões e avaliação crítica do trabalho. Assim, os sentidos apresentaram-se como configurados por meio dos encontros coletivos que produzem singularidades.

Pareceu-me ainda que esses sentidos sobre o trabalho, durante a pandemia, estiveram fortemente atravessados pelas sistematizações normativas. As participantes relataram que a ausência de planejamento e estratégias, no âmbito federal, acabou limitando o entendimento sobre suas funções, causando sensações de angústia e impotência.

Dessa forma, ficou evidente que a falta de articulação entre dimensões macro e micropolíticas produziu processos de subjetivação que repercutiram não só no modo de agir, mas também na saúde mental dessas trabalhadoras.

Tornou-se manifesta a necessidade de mais investimentos em experiências de educação continuada em saúde, para a efetivação de um trabalho integral, localmente formulado, e que tenha força para romper com a racionalidade hegemônica e universalizante em que determinadas formas de conhecimento do mundo, práticas sociais e modos de vida são naturalizados.

Acredito que a educação continuada em saúde deve discutir e construir a sua prática de

modo a colaborar com o desenvolvimento de um pensamento crítico (HOOKS, 2021). Deve ainda promover novas sociabilidades, que sejam mais democráticas, justas, afetivas, solidárias e que contribuam para o fortalecimento do compromisso ético-estético-político, sem desconsiderar os paradoxos que compõem a teia social e as possibilidades de promoção da saúde.

Para que esse contra-ataque à lógica manicomial se efetive, é preciso que a educação continuada em saúde consiga romper com os saberes que enclausuram a saúde mental e coloque em cena as diversas atrizes e atores, das áreas da saúde, da educação, da assistência social, das artes, bem como a comunidade, a família e, principalmente, as/os usuárias/os.

Ao passo que todos esses pontos ficaram evidentes a partir das falas das interlocutoras, reconheço que outros não foram incitados/contemplados de forma mais aprofundada. Questões que envolviam as ruralidades e urbanidades poderiam ter sido melhor pensadas. O debate sobre negritude, branquitude e cuidado também merecia mais atenção.

Outras várias temáticas poderiam ter sido melhor desenvolvidas, no entanto, acho pertinente demarcar que esse estudo foi desenvolvido por uma pesquisadora que esteve cambiando entre as fronteiras dos jardins da razão, circunscrita por um espaço-tempo-acadêmico descompassado do espaço-tempo-pandêmico que provocou o adiamento de discussões que poderão ser desdobradas em um futuro não muito distante, uma vez que fui aprovada no curso de doutorado da UFPE.

O futuro eu queria ser feliz/ E encontrar a felicidade sempre/ E não perder nunca o gosto de estar gostando/ O que eu penso em fazer da minha vida/ É encontrar a felicidade, ser feliz/ Ficar gostando e não perder o gosto/ Ser feliz/ Encontrar a felicidade/ E não perder o gosto de estar gostando (PATROCINIO, p.73)

No tocante às oficinas, quando me deparo com o diário de campo e com as gravações dos encontros, o primeiro questionamento que faço é sobre o que poderia ter sido. Poderia ter realizado um número maior de oficinas, partilhar mais tempo, desenvolver outras atividades com outros recursos artísticos, etc., mas logo em seguida, penso sobre o que foi possível fazer nesse cenário de crise onde, como já foi dito, (sobre)viver se desdobrou em inúmeras camadas de complexidade.

Considero que, apesar de um número reduzido, as oficinas configuraram um processo enriquecedor no que se refere ao fomento de um espaço de escuta, reflexão e trocas de afeto,

promovendo atualizações do cuidado entre eu e as interlocutoras, no contexto digital. Isso me levou a refletir sobre a necessidade da criação de mais espaços potencializadores de encontros, vivências e da construção de práticas que fraturem a lógica manicomial, seja onde for.

As metodologias da Dançaterapia e do TO me ajudaram a fomentar temáticas e gerar possibilidades de expressão que foram transformadoras em um cenário em que os corpos estão hiper vigiados e contidos por conta das medidas de isolamento.

A arte, nos três encontros, foi utilizada como instrumento que potencializou a cidadania e buscou ampliar a percepção de si e das demais, valorizando e despertando a criatividade, ajudando a criar novas formas de sentir e de viver.

Minhas escolhas metodológicas pelo TO e pela Dançaterapia foram, antes de tudo, escolhas ético-estético-políticas que buscaram debater e refletir sobre a construção dos dados como um espaço não neutro. Foram essas escolhas que permitiram que eu visualizasse a produção de uma pesquisa-intervenção-pesquisa nas vidas e nos cuidados.

A partir desses métodos-epistemes (pois são mais que métodos, são formas de olhar e construir os dados, a realidade e as interações) pude perceber que no inter-espaco territorial dessa pesquisa pudemos, enquanto grupo, co-construir saberes/poderes que trataram dos fenômenos em ação.

O próprio grupo como escolha nesse trabalho, ressaltou a força ético-estético-política do coletivo como produtor de cuidado nos CAPS, a partir de estratégias que saem da individualização, das produções formatadas, dos fechamentos em termos de construção de dados.

Planejar, facilitar e ao mesmo tempo participar das oficinas me colocou diante das dores e das delícias que circundam o “ir além” das sistematizações dos métodos tradicionais em pesquisa. Me trouxe também reflexões sobre a necessidade de se discutir nos grupos das universidades os fatores que contribuem para um maior alcance da consolidação dos resultados das pesquisas. Resultados esses que muitas vezes costumam atender a uma lógica produtivista-academicista.

Nessa direção, é necessário avançar discussões para que de fato seja possível adentrar nas complexas e múltiplas realidades em que se inserem as investigações. Isso exige, por

consequente, mais articulações entre grupos de pesquisa, comunidade, gestão política, etc.

Por fim, posso afirmar, a partir do que foi dito pelas interlocutoras e pelo que foi sentido na minha pele, que as ações envolvidas nas atualizações do cuidado são constituídas de diferentes territórios existenciais, os quais podem ser percebidos na dinâmica micropolítica que envolve questões individuais e coletivas.

É importante observar que os modos de atualização são multifatoriais e atravessados por questões de gênero, raça, classe, território, etc. Dessa forma, o que foi apresentado como discussão dos dados nessa dissertação não tem o objetivo de generalizar ou instituir um “quefazer”.

Mais do que respostas e soluções, o objetivo ao me debruçar sobre a temática do cuidado durante a pandemia da COVID-19, foi incitar mais questionamentos, multiplicar as possibilidades de rotas, as linhas de fuga, as ferramentas teóricas e contar uma história que lembre que manicômios ultrapassam muros e, assim como o cuidado, podem se atualizar a todo instante.

Histórias nos ajudam a nos conectar com um mundo além da identidade. Ao contarmos nossas histórias, fazemos conexões com outras histórias. Quando viajamos para países cuja língua nativa não conhecemos, a maioria de nós se comunica criando uma história que pode ser contada sem palavras. Podemos mostrar por meio de gestos o que queremos dizer. O que se torna evidente é que, na comunidade global, a vida é sustentada por histórias. Uma forma poderosa de nos conectar com um mundo diverso é ouvindo as diferentes histórias que nos contam. Essas histórias são um caminho para o saber. Portanto, elas contêm o poder e a arte da possibilidade. Precisamos de mais histórias (hOOKS, 2021, p. 99).

## REFERÊNCIAS

ADRIÃO, K. G. **Encontros do Feminismo: uma análise do campo feminista brasileiro a partir das esferas do movimento, do governo e da academia.** Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ADRIÃO, K. G. Perspectivas feministas na interface com o processo de pesquisa-Intervenção-pesquisa com grupos no campo Psi. **Labrys, études féministes/estudos feministas**, julho/dezembro, 2014.

ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A. **Psicologia social: Perspectivas Psicológicas e Sociológicas.** São Paulo: McGrawHill, 2007

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

ANDRADE, L. de A. **Saúde mental na atenção básica em Casinhas/PE: um estudo de caso em um município de pequeno porte.** Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2017.

ARAGAKI, S. S *et. al.* Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In M. J. P. SPINK; J. I. M. BRIGAGÃO, V. L. V. NASCIMENTO & M. P. CORDEIRO (Orgs.), **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas** (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro.** São Paulo: Geração, 2013

ARRUDA, J. Medicalização e controle dos corpos femininos na execução da medida socioeducativa de internação. In: PASSOS, R.; PEREIRA, M. (Org.) **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Autografia, 2017. Cap. 9, p. 169-184.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). **Pistas do método da cartografia** Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 32-52.

BAIANA SYSTEM. Reza Forte. IN: ATO1: Navio Pirata. Salvador: Maquina de Louco, 2021.

BOAL, A. **Jogos para atores e não atores.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério Da Saúde. 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria 3.088/2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas,**

**com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento.** Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006

BUTLER, J. El capitalismo tiene sus límites IN: Sopa de Wuhan: **SOPA DE WUHAN: PENSAMIENTO CONTEMPORÁNEO EN TIEMPOS DE PANDEMIAS.** Agamben G, Zizek S, Nancy JL, Berardi F, Petit SL, Butler J, Badiou A, Harvey D, Han B-C, Zibechi R, Galindo M, Gabriel M, González GY, Manrique P, Preciado PB. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio); p. 59-67, 2020.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, série Sujeito e História, 2003.

CAMPOS, Regina Helena de Freitas. (Org.) **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

CASTRO, Lúcia Rabello de; MENEZES, Jaileila. de A. A economia 'psíquica' importa? Descolonização e elementos subjetivos de re-inscrição social. **Revista Polis Psique** [online], vol.10, n.1, p. 107-122, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS- Centro de Atenção Psicossocial,** Brasília, 2013.

CRUZ, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In M. C. S. MINAYO (Org.), **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** (pp. 51-66). Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

CRUZ, N.; SOUZA, E.; SAMPAIO, C.; SANTOS, A.; CHAVES, S.; HORA, R.; SOUZA, R.; SANTOS, J. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 97-105, 9 jun. 2020.

DANTAS, C. M. B.; DIMENSTEIN, M.; Leite, J. F.; MACEDO, J. P.; BELARMINO, V. H. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. **Athenea Digital**, v. 20, n.1, e2169, 2020.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**, vol. 1. São Paulo: Editora 34, 2ª edição, 2019.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: N. K. DENZIN & Y. S. LINCOLN (ORGS.) **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens** (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; LONDERO, M. F. P. Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, e242817, p.1-16, 2020.

DIMENSTEIN, M.; SIQUEIRA, K.; MACEDO, J. P.; DANTAS, C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v.69, s/n, p. 72-87. 2017.

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, v.5, n.1, p. 95-121, 2000.

DUARTE, M.de Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3401-3411,2020.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

FOUCAULT, M. **História Da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.FUX, M.

**Danças e Dançaterapia**. São Paulo: Summus, 1998.

GALEANO. E. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2020.

GALEANO. E. **As veias abertas da América Latina**. Porto Alegre: L&PM, 2018.

GONÇALVES. M. das G. M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2010

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. (Org.) **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. Cap. 1, p. 38-50.

GRAUPEN, Andréa. ADRIÃO, Karla Galvão. Arteterapia promovendo respiros em tempos de incertezas. **Revista científica de Arteterapia Cores da Vida**, v. 27, s/n., 2020.

HARAWAY, D. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n.5, p. 07-41, 1995.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (org). Cuidado e Cuidadoras. As várias faces de trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

- HUR, Domenico Uhng. Cartografia das intensidades: pesquisa e método em Esquizoanálise. **Revista Práxis Educacional**, v. 17, n. 46, p. 1-18, 2021.
- KRENAK. A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da psicanálise** 3a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998
- LIMA, T. S. F.; FIGUEIREDO, T. A. M.; MORAES, M. O. Corpo, metamorfose, cuidados: uma formação possível com profissionais de saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 2, p.183-190, maio-ago, 2017
- LIMA. R. C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, e290101, p. 1-5, 2019.
- LINS, Beatriz Accioly; PARREIRAS, Carolina; FREITAS, Eliane Tânia de. Estratégias para pensar o digital. **Cadernos De Campo** (São Paulo - 1991), v.29, n.2, e181821, p. 1-10, 2020
- LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.12 p. 4590-4592, 2011.
- LUGONES, M. Rumo a um feminismo decolonial. **Estudos Feministas**. v. 3, n.22, p. 935-952, 2014.
- \_\_\_\_\_. Colonialidade e Gênero. In: HOLLANDA, H. (Org.) **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. Cap. 2, p. 52-84.
- MACARTHY, J; ADRIÃO, K. G. **Projeto ARTPAD, um recurso para teatro, participação e desenvolvimento**. Brasil/Reino Unido: La edição, 2001.
- MAGNO, Patrícia Carlos. Mulheres, Medida de Segurança e a cegueira do sistema de justiça: o papel das Defensorias Públicas. IN PASSOS, R.; PEREIRA, M. (Orgs.) **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017 p. 185- 207.
- MANN, C. G. **“É difícil falar sobre AIDS & sexualidade no cuidado em saúde mental?” discursos e práticas profissionais em serviços no Rio de Janeiro**. (Tese de Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.
- MARTÍN-BARÓ. I. **Crítica e libertação na Psicologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

MARTINS, C. E. O Brasil e a América Latina na geopolítica mundial da COVID-19 e do caos sistêmico in: AUGUSTO, C. B.; SANTOS, R. D. dos. **Pandemias e Pandemônio no Brasil**. 1ª ed. São Paulo, Tirant lo Blanch, 2020.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira Campinas, 1998

MERHY, Emerson Elias. **A cartografia do trabalho vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MELO, A. M. C. Relato de uma experiência em saúde mental: o consórcio em questão. In R. G. PASSOS, R. A. COSTA & F. G. SILVA (Orgs.), **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, p. 221-244, 2017.

MELO, T. M. A. G. **MEMÓRIAS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM RECIFE: entre passos, descompassos e controvérsias**. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MIGNOLO, W. **Historias locales/disenos globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo**. Madrid: Akal. 2003.

MOMBAÇA, Jota. **Não vão nos matar agora**. Brasil: Editora Cobogó, 2021.

MOREIRA Garcia Virgilio; CANEDO Ana Cristina; MELLO, Renato Gorga Bandeira de. SARS-COV-2: A PRIMEIRA ONDA DE CONTAMINAÇÃO E SUAS BARREIRAS PARA O MANEJO DAS DOENÇAS CRÔNICAS. **Geriatrics Gerontology and Aging**, v.14, n.3, p.149-151, 2020.

NUNES, M. de O.; JÚNIOR, J. M de L.; PORTUGAL, C. M.; TORRENTÉ, M. de; Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.12, p.4489-4498, 2019.

OLIVEIRA, É. C. S.; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Às margens do cuidado: regulações de gênero em uma equipe de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280208, 2018.

ORELLANO, Claudia Marcela; GONZALEZ, Sérgio Gabriel. Acerca de la opción decolonial en el ámbito de la psicología. **Perspectivas en Psicología**, v. 12, n. 2, p 1-8, 2015.

OYĚWÙMÍ, O. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. In: HOLLANDA, H. (Org.) **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. Cap. 3, p. 84-96.

PATROCÍNIO, Stela. **Reino dos bichos e dos animais é o meu nome**. Rio de Janeiro, Azougue Editorial, 2001.

PASSOS, R. As vozes que ecoam: mulheres, ressentimentos e saúde mental. **Cadernos de**

**História da Ciência.** v. 5, n. 1, p. 129-140, jan./jul., 2010.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, v. 10, n.3, p.10–23, 2018

PASSOS, R.; PEREIRA, M. (Orgs.) **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PEIXOTO, R.; FIGUEIREDO, K. Colonialidade do poder: Conceito e situações e de Colonialidade no contexto atual. IN: **Decolonialidade e sociologia na América Latina.** CASTRO, E; PINTO, R. F. (org.) Belém: NAEA: UFPA, 2018, p. 127-159.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Mulheres e loucura: narrativas de resistência.** Rio de Janeiro: Autografia, 2020.

PHILIPPINI, Ângela. **Grupos em Arteterapia: Redes criativas para colorir vidas.** Rio de Janeiro: Wak Editora, 1ª edição, 2011.

QUINTERO, P.; FIGUEIRA, P.; ELIZALDE, P. C. **Uma breve história dos estudos decoloniais.** MASP Afterall. São Paulo: Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand, 2019.

QUIJANO, A. Colonialidade e Modernidade/Racionalidade. In: BONILLO, Heraclio (comp.). **Los conquistados.** Bogotá: Tercer Mundo Ediciones; FLACSO, 1992, p. 437-449.

\_\_\_\_\_ Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas.** Buenos Aires, Colección Sur Sur, 2005, pp.118-142.

REYES, Maria Isabel; MAYORGA, Claudia; MENEZES, Jaileila. de A. Psicología y Feminismo: Cuestiones epistemológicas y metodológicas. **Psicoperspectivas**, Valparaíso, v. 16, n. 2, p. 1-8, jul. 2017.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

RUFINO, Luiz. **Pedagogia das Encruzilhadas.** Brasil: Mórula Editorial, 2019.

SAIDEL, M. G. B. *et al.* Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.28 e. 49923, jan.-dez. 2020.

SANTOS, V. M. dos. Notas Desobedientes: Decolonialidade e a contribuição para a crítica Feminista à Ciência. **Psicologia & Sociedade**., Belo Horizonte, v. 30, e200112, 2018.

SAWAIA, B. B. **As artimanhas da exclusão.** Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 37, s/n, 2020.

SILVA, A. P. P.; BARBOSA, A. da S. O cuidado em saúde mental no cenário de pandemia da COVID-19: a experiência de (re)organização do CAPS UERJ. IN: LOLE, A.; STAMPA, I. GOMES, R. L. R. **Para além da quarentena: Reflexões sobre crise e pandemia**. Mórula Editorial [online], p. 250-258, 2020.

TEIXEIRA, F. J. S. O neoliberalismo em debate. In: TEIXEIRA, Francisco J. S.; OLIVEIRA, Manfredo Araújo de (Org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1996. p. 195-252

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europa.

ZANELLO, V. Saúde Mental, Gênero e Interseccionalidades. IN: PASSOS, R.; PEREIRA, M. (Org.) **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 52-64.

**APÊNDICE A- QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS/LABORAIS**

- 1.Qual o seu nome?
- 2.Quantos anos você tem?
- 3.Gostaria de escolher um Pseudônimo? Qual?
- 4.Como se identifica em termos de Cor/Raça?
- 5.Possui filhas(os)?
- 6.Quantas pessoas moram com você?
- 7.Cuida de alguém da família?
- 8.Qual o seu estado civil?
- 9.Qual a sua formação?
- 10.Qual a sua Profissão/Cargo no CAPS?
- 11.Possui alguma formação complementar? Qual?
- 12.Você tem quanto tempo de experiência nesse serviço?
- 13.Quantas horas trabalha semanalmente no CAPS?
14. Tem outro emprego? Qual?

## APENDICE B- ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DAS OFICINAS

- Atuação no contexto do CAPS

15. Para você, qual o objetivo do CAPS?

16. Que fatores te levaram a trabalhar em um serviço de saúde mental?

17. Quais princípios baseiam a tua atuação no serviço?

18. Qual sua função dentro da equipe multidisciplinar do CAPS?

19. Quais os critérios para que as pessoas sejam atendidas nesse serviço?

20. Quais são os recursos disponíveis para o cuidado em saúde mental no serviço que você trabalha?

- Atuação no contexto do CAPS durante a

Pandemia  
21. Como tem se sentido em relação à pandemia?

22. Quais atividades desenvolvidas pelo serviço atualmente?

23. Como você realizava atendimentos antes da Pandemia?

24. Como está você está atendendo atualmente?

25. Quais os recursos utilizados para desenvolver os atendimentos?

26. Quais as principais mudanças no serviço nesse período?

27. Quem são as pessoas que você está atendendo durante a Pandemia?

- O cuidado em saúde mental durante a Pandemia

28. O que você entende sobre cuidado em saúde mental?

29. Quais cuidados tem recebido e buscado ter com você durante a pandemia?  
30. Você tem encontrado/ participa de espaços que discutem essa temática?

31. Para você, quem produz o cuidado em saúde mental nos serviços como o CAPS?  
31. Você acredita que está produzindo cuidado durante a pandemia? Como?

32. O que têm dificultado a produção do cuidado? E o que tem facilitado?

33. Na produção do cuidado, quais recursos podem ser acessados nesse território?

Existe articulação do serviço com a rede local?